

THÈSE **519**
pour le
DOCTORAT en MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

par POISSONNET Marcelle

Née le 12 Octobre 1923 à Aix-les-Bains (Savoie)

Présentée et soutenue publiquement le 24 Mai 1962.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS DE LA VAGINALE TESTICULAIRE
ET DU TRACTUS ÉPIDIDYMO-DÉFÉRENTIEL.

Présidente : Mademoiselle P. GAUTHIER-VILLARS, Professeur

Travail effectué au laboratoire d'anatomie pathologique
de la Faculté de Médecine de Nancy
(Professeur : P. Florentin)

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE

Professeurs Honoraires :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), FEY (B.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.), RICHTER (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN

Léon BINET

Membre de l'Institut

1° Assesseur Jean VERNE

2° Assesseur Gaston CORDIER

I. - Professeurs

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

Anatomie

Anatomie pathologique

Anesthésiologie

Biochimie médicale

Biologie appliquée à l'Education physique
et aux sports

Biologie médicale

Cancérologie médicale et sociale

Embryologie

Histoire de la médecine et de la
chirurgie (Lariboisière)

Histologie

Hygiène et médecine préventive

Médecine du travail

Médecine légale

Microbiologie (Bactériologie et virologie)

Parasitologie

Pathologie chirurgicale

Pathologie exotique

Pathologie expérimentale et comparée

Pathologie médicale

Pathologie respiratoire

Pathologie et thérapeutique générales

Pharmacologie

MM.

DELMAS (A.)

DELARUE (J.)

BAUMANN (J.)

(JAYLE (M.F.)
SCHAPIRA (G.)

CHAILLEY-

BERT (P.)

FAUVERT (R.)

BERNARD (J.)

GIROUD (A.)

N...

VERNE (J.)

JOANNON (P.)

DESOILLE (H.)

PIEDELIEVRE (R.)

FASQUELLE (R.)

GALLIARD (H.)

HUGUIER (J.)

LAVIER (G.)

MERKLEN (F.P.)

MILLIEZ (P.)

TURIAF (J.)

BOUDIN (G.)

CHEYMOL (J.)



Physiologie	(BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	(DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	(DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L.)
(Cochin	LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales (Pitié	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine	COSSET (J.)
(Salpêtrière	SICARD (A.)
(TENON	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (enfants-malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Léon)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (enfants-malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLIARET (P.)

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	LENEGRE (J.)
	SOULIE (P.)
	JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques médicales	BROUET (G.)
	BARIETY (M.)
	SEZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine

(BOUR (H.)
(LHERMITTE (F.)
(PEQUIGNOT (H.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie	MM. CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr.s.ch. ABELANET (R.) BUSSE (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.) m.conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anatomie pathologique	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Anesthésiologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Bactériologie	BAULIEU Et. m.conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.Cl.) GONNARD (P.) KRUEH (J.) JEROME (H.)
Biochimie médicale	PLAS (F.)
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Carcinologie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Dermato-Syphiligraphie	LEDoux-LEBARD (G.)
Electro-radiologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Hématologie	COUJARD (R.)
Histologie	pr. s: ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Hydrologie

BESANCON (F.)

CORNET (A.)

Hygiène

BOYER (J.) pr.s.ch.

BLANCHER (G.)

CORRE-HURST (Mme L.)

SAPIN-JALOUSTRE (H.)

Maladies infectieuses

BASTIN (R.)

DUPONT (V.)

Médecine légale

DEROBERT (L.) pr.s.ch.

FOURNIER (E.)

GUENIOT (M.)

HADENGUE (A.)

Médecine du travail

ALBAHARY (C.)

Neuro-chirurgie

PERTUISET (B.)

GRANJON (A.)

HERVET (E.)

LE LORIER (G.)

LEVY (J.)

MORIN (P.)

MUSSET (R.)

ROBEY (M.)

SENEZE (J.)

SUREAU (C.)

THOYER-ROZAT (J.)

Obstétrique

BREGEAT (P.)

DUBOIS (A.)

SARAUX (H.)

Ophtalmologie

JUDET (R.)

MEARY (R.)

POSTEL (M.)

RAMADIER (J.)

Orthopédie

DEBAIN (J.)

PIALOUX (P.)

Oto-rhino-laryngologie

GOLVAN (Y.)

LAPIERRE (J.)

Parasitologie

BARCAT (J.)

BINET (J.P.)

CAUCHOIX (J.)

CERBONNET (G.)

CHATELIN (C. L.)

DUBOST (Ch.)

DUBOST (Cl.)

FAUREL (J.)

FLABEAU (F.)

GARBAY (M.)

GARNIER (H.)

(Cl. de) GAUDART-
d'ALLAINES

Pathologie chirurgicale

Pathologie chirurgicale

Pathologie exotique

Pathologie expérimentale

Pathologie médicale

Pédiatrie - Puériculture

GERMAIN (A.)
LATASTE (J.)
LEVEQUE (B.)
LOYGUE (J.)
MERCADIER (M.)
NATALI (J.)
PELLERIN (D.)
PERROTIN (J.)
ROBERT (H.)
THOMERET (G.)

SCHNEIDER (J.)
BENHAMOU (J. P.)
BERTHAUX (P.)
BOIVIN (P.)
CROSNIER (J.)
HARTMANN (L.)
LOEPER (J.)
MAURICE (J.)
MIKOL (Cl.)
RICHET (G.)

AUSSANNAIRE (M.)
BOUVIER (J.)
BOUVRAIN (Y.)
BRICAIRE (H.)
BRISAUD (H.)
BROCARD (H.)
BUGE (A.)
CATINAT (J.)
CHRETIEN (J.)
COBLENTZ (B.)
CONTAMIN (F.)
COURY (C.)
ETIENNE (J. P.)
FREZAL (J.)
FRITEL (D.)
HENNEQUET (A.)
HIMBERT (J.)
HOUSSET (E.)
LAROCHÉ (Cl.)
LESOBRE (R.)
MACREZ (C.)
MOREAU (L.)
NICK (J.)
ROYER (P.)
TOURNEUR (R.)
WOLFROMM (R.)

JOSEPH (R.)
LAFOURCADE (J.)
LEPERCQ (G.)
MANDE (R.)
MOZZICONACCI (P.)
POLONOVSKI (C.)
ROSSIER (A.)
VIALATTE (J.)

Pharmacologie

BOISSIER (J.)
LECHAT (P.)

Physiologie

BARRES (G.)
DEJOURS (P.)
DURAND (J.)
GIRARD m.conf.
HUGELIN (A.)
SCHERRER (J.)
(CHANTEUR (J.)
(GOUGEROT (L.) m.conf.
(pr.s;ch.
(GREMY (F.) m.conf.
(MILHAUD (G.)
(PELLERIN (P.)
(ROUCAYROL (J. Cl.)
(TUBIANA (M.) m.conf.

Physique médicale

Pneumo phtisiologie

KREIS (B.)
MEYER (A.)
RENAULT (P.)

Psychiatrie

PICHOT (P.)

Psychiatrie infantile

DENIKER (P.)
DUCHE (D.)
FLAVIGNY (H.)
LAPRESLE (J.)

Rhumatologie

DELBARRE (F.)

Stomatologie

CERNEA (P.)
CHAPUT (Mme A.)
m.conf.agr.
GRELLET (M.)

Thérapeutique

CHASSAGNE (P.)
LAMOTTE (M.)
MARCHE (J.)

Urologie

AUVERT (J.)
MOULONGUET (A.)
QUENU (L.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

Anatomie

MM.
DEBEYRE (J.)

Clinique chirurgicale

ABOULKER (P.)
AMELINE (A.)
pr.s.ch.
VERNE (J. M.)

Clinique médicale

PERRAULT (M.)
RAMBERT (P.)
THIEFFRY (S.)

Clinique obstétricale

GRASSET (J.)
MAYER (M.)

Clinique ophtalmologique

DESIGNES (P.)
OFFRET (G.)

Clinique oto-rhino-laryngologique

MADURO (R.)

Clinique pédiatrique et puériculture

LAPLANE (R.)

Clinique psychiatrique

BARUK (H.)

Clinique urologique

KUSS (R.)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie

HAUDUROY (P.)
pr.s.ch.

Pathologie chirurgicale

RUDLER (J.) pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la faculté

M. LENA (J.)

Secrétaire principal

Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en chef de la bibliothèque

Conservateur du Musée d'Histoire de
la Médecine

M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur

Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires

Mmes CONTET (J.)
FORGET (F.)
Mlles LAURENT (H.),
LE NOIR (G.),
QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Mademoiselle GAUTHIER-VILLARS,
Professeur d'Anatomie Pathologique,

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

Nous l'en remercions très respec-
tueusement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FLORENTIN

Professeur d'Anatomie Pathologique à la
Faculté de Médecine de Nancy,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui, par sa bonté et la richesse de
son enseignement, a permis l'élabora-
tion de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRANCFORT

A MONSIEUR LE DOCTEUR Paul GUILLEMIN

de Nancy

spécialistes des voies urinaires.

Nous les remercions pour les observations cliniques qu'ils ont bien voulu nous communiquer et pour leur inlassable complaisance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CATINAT,
Professeur Agrégé de Pathologie Médicale.

Ses enseignements nous ont précieusement
enrichie.

Nous le remercions de la bienveillance
avec laquelle il nous avait accueillie
dans son Service à l'Hôpital Necker.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ RAUBER,
Maître de Conférences Agrégé d'Anatomie Pathologique
à la Faculté de Médecine de Nancy.

Nous lui sommes reconnaissante de
ses suggestions et de ses conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PRESSLER,
Médecin à Aix-les-Bains.

Son exemple et son amitié nous
ont toujours guidée.

A TOUS LES MIENS,

A MES AMIS,

en particulier Le Docteur HELDT, dont
l'amitié nous a été si précieuse au
cours de nos études.

A V A N T P R O P O S

Il existe, au niveau du tractus génital masculin, toute une catégorie de formations tumorales, kystiques ou massives, bénignes ou malignes, dont l'origine est encore mal définie et auxquelles les traités classiques d'Anatomie Pathologique et même les revues spécialisées accordent assez peu d'importance, en leur attribuant des appellations variées, traduisant l'incertitude qui persiste à propos de leur histogénèse.

Il s'agit, en particulier, de tumeurs, assez rares il est vrai, de la vaginale testiculaire et du tractus épидидymo-déférentiel, cette dernière région comportant en effet des reliquats embryonnaires susceptibles de prendre chez l'adulte des caractères évolutifs et de fournir des tumeurs de volume parfois conséquent : Vestiges "Wolffiens" de l'épididyme et du paradidyme vestiges mésothéliaux inclus dans le testicule, la vaginale, l'épididyme et les parois du funicule.

Ayant eu l'occasion, au cours de ces dernières années, de rencontrer quelques tumeurs de cet ordre sur des pièces chirurgicales, le Professeur P. FLORENTIN nous a chargée d'effectuer un travail de synthèse, susceptible de nous permettre d'envisager la place à assigner à ces formations dans la nomenclature, après en avoir rappelé les caractères anatomo-cliniques et histologiques.

Pour la commodité de l'exposé, ayant d'abord réservé un chapitre à l'embryologie du tractus génital masculin et des dérivés coelomiques, nous diviserons ce travail en deux parties distinctes :

- 1°- Les tumeurs de la vaginale
- 2°- Les tumeurs épидидymo-déférentielles.

Dans chaque partie, nous consacrerons des chapitres distincts à l'histologie normale, puis à la description des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes de chacune de ces régions.

Dans notre conclusion, nous mettrons en relief le fait que les convergences structurales rencontrées au niveau de tumeurs d'origine embryologique différente (mésothéliale ou wolffienne) s'expliquent par les rapports qui unissent les voies efférentes du testicule au feuillet mésoblastique, aux dépens duquel elles se constituent à une époque reculée de l'ontogénèse.

I N T R O D U C T I O N

LA NOTION DE MESOTHELIOME EN HISTOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

LES MESOTHELIOMES - ESSAI D'IDENTIFICATION ET DE CLASSIFICATION

La théorie des feuillets embryonnaires, qui a été proposée par HUXLEY, régit depuis plus d'un siècle l'histologie normale, et n'a subi, au cours de cette longue période, que de très légères retouches qui n'ont, du reste, jamais compromis sa fécondité ni sa solidité. Les recherches et les observations des histo-pathologistes ont très certainement contribué à la confirmation de cette doctrine désormais classique, que tous les organes et tous les tissus de l'adulte dérivent de l'un des trois feuillets primitifs de l'embryon : l'ectoblaste, l'entoblaste et le mésoblaste, chacun de ces trois feuillets se comportant comme un "organisateur" fournissant un contingent bien défini d'ébauches qui évoluent pour leur propre compte au cours de l'ontogénèse, épuisant plus ou moins rapidement leur potentiel évolutif et leurs capacités de différenciation.

Depuis quelques années toutefois, les histologistes sont parvenus à l'idée que la théorie des feuillets n'est pas aussi rigide que l'admettaient les embryologistes classiques et c'est ainsi qu'on est amené à penser que le mésenchyme, tissu interstitiel, n'est pas strictement d'origine chordo-mésoblastique, mais peut provenir, en certains points, soit de l'ectoblaste (ectomésenchyme), soit vraisemblablement aussi de l'endoblaste.

Nous connaissions déjà depuis longtemps du reste, des muscles d'origine ectodermique (cellules myoépithéliales). Ces faits ont été confirmés par les recherches histo-pathologiques, en particulier en ce qui concerne les tumeurs du tissu nerveux et les tumeurs mélaniques à la suite des travaux fondamentaux de P. MASSON.

Le mésoblaste est sans conteste, le feuillet embryonnaire qui apparaît dès le début de l'ontogénèse doué de la plus grande plasticité et des potentialités les plus diverses. C'est de lui que procèdent les parois coelomiques (mésothéliums), la plupart des muscles striés et des muscles lisses, le mésenchyme banal et ses multiples dérivés, formant les organes de charpente, les membranes fibreuses, les ligaments, les parois articulaires, les vaisseaux et les éléments figurés du sang, le tissu interstitiel enfin, ce tissu conjonctif lâche, trop longtemps méconnu et actuellement réhabilité grâce aux travaux des anatomo-pathologistes. Le mésenchyme ou mésoderme diffus de la région caudale de l'embryon, participe en outre, assez tardivement, à la formation de l'organe excréteur, tandis que les parois coelomiques fournissent en des points précis, et par bourgeonnements localisés, les éléments fondamentaux des gonades, du tractus génito-urinaire et du cortex surrénal.

Le terme de mésothélium appliqué d'une manière un peu restrictive semble-t-il aux seules parois de la cavité coelomique et de ses dérivés chez l'adulte (péritoine, plèvre, péricarde, vaginale testiculaire) se rattache apparemment à la seule connaissance des grandes séreuses essentiellement constituées par un revêtement épithélial simple, de structure à peu près immuable sur toute l'étendue des cavités qu'elle limite, reposant sur une lame mésenchymateuse plus ou moins différenciée, mais dont il est facile de reconnaître les capacités réactionnelles et l'extrême susceptibilité au cours des divers processus inflammatoires intéressant ces régions.

La pathologie des tumeurs s'est emparée, depuis peu, de la notion de mésothélium et l'on s'est appliqué à décrire sous le terme de "mésothéliomes" ou "coelothéliomes" des tumeurs bénignes et des cancers assez polymorphes, autrefois rangés dans le cadre des tumeurs épithéliales ou des tumeurs conjonctives et vasculaires, des séreuses et de leurs annexes. On notait toutefois, et depuis longtemps déjà, la fréquente association, dans les néoplasies malignes des séreuses, d'un élément épithélial et d'un élément conjonctif. Ces complexes tissulaires d'interprétation souvent difficile, étaient alors qualifiés du terme assez ambigu d'épithéliosarcomes, évidemment peu satisfaisant pour l'esprit. Cette notion évoluée à l'heure actuelle, elle déborde le cadre assez restreint qu'elle s'était tout d'abord réservé; nous pensons qu'il est opportun de faire dès maintenant le point de la question des mésothéliomes et de tâcher de déterminer, en nous bornant à étudier le tractus génital mâle, quels types concrets de tumeurs bénignes ou malignes sont, sans conteste, susceptibles de répondre à cette appellation. Ce travail de synthèse nécessite au préalable un bref rappel embryologique et histologique qui nous aidera à limiter exactement le problème que nous envisageons.

EMBRYOLOGIE DU TRACTUS GENITAL MALE

LE MESOBLASTE ET SES DERIVES - MESOTHELIUM ET ORGANES WOLFFIENS

On sait qu'au cours de l'embryogénèse, les tissus futurs résultent de l'organisation des trois feuillets primitifs : l'ectoblaste, l'endoblaste et le chordomésoblaste (celui-ci constitué plus tardivement que les deux premiers, par une invagination en profondeur d'éléments superficiels, dont l'origine exacte est encore discutée).

Comme son nom l'indique, le chordo-mésoblaste donnera la chorde dorsale et le mésoblaste; nous laisserons de côté l'ébauche chordale qui est le centre organisateur des éléments squelettiques axiaux, pour suivre seulement l'évolution du mésoblaste. De part et d'autre de la ligne primitive, il se différencie en trois parties :

- Zone paraaxiale segmentée en somites (futurs scléromyotomes)
- Zone intermédiaire segmentée en néphrotomes d'où procède l'organe excréteur.
- Zone latérale, qui va bientôt se délaminer, limitant ainsi une cavité : le coélome intra-embryonnaire tapissé par deux feuillets : la splanchnopleure qui recouvre l'entoblaste et la somatopleure feuillet externe qui revêt les éléments superficiels. Le coelome, future cavité pleuro-péritonéale, est tapissé d'une couche de cellules épithéliales qui recouvre les différentes séreuses dont nous allons rapidement rappeler l'histo-génèse : la plèvre, la péricarde, le péritoine et ses dépendances (vaginale entre autres).

En effet, de planiforme, l'embryon s'épaissit et s'organise, ses limites et ses parois se précisent; on assiste au développement et à la mise en place des principaux éléments des

futurs organes. Dans la cavité coelomique, se différencient tout d'abord le tube digestif doublé par la splanchnopleure et suspendu sur la ligne médiane par le mésentère primitif, le tube cardiaque dans un manchon séreux issu de la splanchnopleure, les ébauches pulmonaires à la partie antéro supérieure de la cavité coelomique, logées dans les gouttières pleuropéritonéales.

Ces organes prennent peu à peu leur structure définitive; les rotations et les réflexions qu'ils subissent s'accompagnent tout naturellement de l'expansion de l'épithélium coelomique qui suit les organes dans leur développement : les cavités pleurales, péricardiques et péritonéales se constituent par cloisonnement, et les revêtements cellulaires qui les limitent sont donc des éléments issus directement du feuillet coelomique.

D'autres formations de même origine, vont prendre naissance aux dépens des parois du coelome; nous les appellerons indirectes car elles se forment soit par bourgeonnement, soit par invagination à partir de l'épithélium primitif; c'est ainsi que par prolifération secondaire vont s'édifier les éléments principaux du système uro-génital.

L'appareil urinaire prend son origine dans la pièce intermédiaire ou cordon néphrogène qui se segmente rapidement en néphrotomes par métamérisation : pronéphrogène dans la région antérieure, mésonéphrogène dans la région moyenne, métanéphrogène à la partie postérieure du corps de l'embryon. C'est cette dernière ébauche qui sera fonctionnelle chez l'homme et fournira le rein définitif.

Chronologiquement apparaît d'abord vers la troisième semaine de la vie intra-utérine le pronéphros ou rein primitif entre le cinquième et le onzième somite; ce rein primitif est appelé à disparaître. Toutefois son exutoire le canal de Wolff va persister. Ce canal est issu d'une invagination des parois

coelomiques, il se manifeste dans les deux sexes et semble contemporain de l'apparition d'un canal parallèle, le canal de Muller qui, lui aussi, dès le début appartient aux embryons avant la différenciation sexuelle et provient également d'une invagination coelomique. L'extrémité proximale du canal de Wolff persiste chez l'adulte pour constituer l'hydatide pédiculée, suspendue à la région antérieure de la tête épидидymaire.

Le mésonéphros s'étend du septième segment cervical au troisième ou quatrième segment lombaire (embryon à la cinquième semaine); c'est le corps de Wolff formé de conglomérats d'éléments tubulaires et qui soulève l'épithélium coelomique de part et d'autre de la racine du mésentère, il régresse également, sauf dans la zone moyenne de la paroi antéro-interne où va proliférer la future glande génitale. Sa partie supérieure toutefois peut se retrouver, chez l'homme sous forme d'un reliquat embryonnaire : le paradidyme, chez la femme le paraoophore.

Enfin, le métanéphros qui se différencie et s'organise tubulairement aux dépens du blastème métanéphrogène de la région lombo-sacrée et qui, pénétré par un bourgeonnement de l'extrémité inférieure du canal de Wolff, l'uretère secondaire et définitif forme le rein adulte.

La glande génitale prend son origine aux environs du trente-septième jour dans un bourgeonnement de l'épithélium coelomique situé à la partie interne du corps de Wolff : c'est l'éminence de WALDEYER ou crête génitale. Des cordons sexuels provenant du bourgeonnement de cet épithélium apparaissent et s'enfoncent dans le mésenchyme et lorsque la différenciation se fait dans le sens mâle, la partie profonde de ces cordons s'anastomose avec les canalicules segmentaires, issus de la région moyenne du Corps de Wolff donnant ainsi les tubes droits et le retetestis, exutoires de la glande génitale.

Les tubes Wolffiens de la région moyenne du corps de Wolff fournissent les cones efférents de l'épididyme; ces éléments mésonéphrotiques ne laissent chez la femme qu'un résidu appelé épooaphore et situé dans l'épaisseur du ligament large.

Le Canal de Wolff à son tour donne chez le mâle, l'épididyme (tête et queue) et le canal déférent. Il s'atrophie chez la femelle où il devient le canal de Malpighi-Gartner dont on retrouve parfois quelques vestiges para-utérins. Dans ce sexe, le canal de Muller formera l'oviducte, l'utérus et peut être une partie du vagin, la gonade s'étant différenciée en ovaire tandis que chez l'homme le canal de Muller subsistera seulement à l'état de vestiges, à ses deux extrémités : en haut c'est l'hydatide sessile de Morgani appliquée à la face antérieure du testicule, en bas l'utricule prostatique encore appelé vagin mâle.

Enfin, d'abdominal qu'il était, le testicule opère sa descente dans le scrotum. Il demeure enveloppé d'une séreuse qu'il a entraînée avec lui; c'est la vaginale, qui n'est autre qu'une dépendance de la séreuse péritonéale dans laquelle s'engage, le testicule attiré par le gubernaculum testis.

Il est curieux de constater que malgré l'absence de migration d'organes dans la zone inguinale il existe toutefois chez la femme des formations canaliculaires tapissées par un mésothélium et qui peuvent former dans cette région un canal inconstant bien connu des chirurgiens et qui porte le nom de canal de Nuck entourant un ligament qui se perd dans les tissus de la grande lèvre.

L'embryologie du tractus génito-urinaire nous permet déjà de prévoir qu'un grand nombre de tumeurs bénignes et malignes du tractus génital, en apparence sans caractères communs entre elles, car dérivées d'organes différents chez l'adulte, pourront présenter des similitudes structurales.

PREMIERE PARTIE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

CHAPITRE I

HISTOLOGIE NORMALE DE LA VAGINALE

La vaginale est la séreuse qui enveloppe incomplètement le testicule, et qui possède un feuillet viscéral accolé à l'albuginée, et un feuillet pariétal, adhérent aux tissus du scrotum. Cette séreuse, comme la séreuse péritonéale dont elle est une dépendance, comporte deux assises superposées : un épithélium qui recouvre un chorion conjonctivo-vasculaire, sous lesquelles on reconnaît parfois une couche profonde dite couche sous-séreuse, très réduite au niveau de la vaginale testiculaire en particulier au contact du testicule.

L'épithélium présente les caractères fondamentaux d'un endothélium, c'est-à-dire qu'il est formé de cellules très aplaties de type pavimentaux simple : les limites cellulaires, mises assez facilement en évidence par l'imprégnation argentique, sont dentelées, dessinant des polygones plus ou moins réguliers selon l'endroit considéré; leur diamètre varie de 15 à 50 microns. Ces cellules présentent des variations de taille et de forme, elles modifient leurs dimensions en fonction du changement de volume de l'organe qu'elles recouvrent ou des mouvements qu'elles subissent de la part des muscles sous-jacents (crémaster). Le noyau est ovalaire, aplati : la chromatine y est disposée en fines granulations poussiéreuses.

A sa surface le cytoplasme se condense en une cuticule assez épaisse tandis qu'en profondeur des expansions protoplasmiques s'anastomosent avec celles des cellules voisines. Les

limites cellulaires sont donc incomplètes et n'intéressent que la zone superficielle du cytoplasme. On trouve parfois, noyés parmi les cellules endothéliales typiques, des îlots de cellules plus petites, plus fortement colorables, et dont la présence a été diversement interprétée. Il semble qu'il faille les considérer comme des éléments de régénération. La régénération elle-même pourrait se faire selon deux processus : la prolifération des cellules endothéliales ou transformation et mutation des éléments conjonctifs profonds; il existerait en effet pour certains auteurs, entre ces deux derniers et l'épithélium sous-jacent les intertransformations mises en évidence autrefois par RANVIER et que l'étude des processus inflammatoires met fréquemment en relief. Cette hypothèse est assez plausible, puisqu'il n'existe aucune limite entre l'épithélium et le conjonctif sous-jacent comparable à la membrane "vitrée" qui sépare les revêtements épithéliaux ectodermiques ou endodermiques du derme ou du chorion des muqueuses.

Cette opinion est toutefois contestée par certains. La régénération de l'épithélium des séreuses ne serait possible que si, à la suite du processus inflammatoire provoquant la desquamation de cet épithélium, persistent quelques plages de cellules superficielles intactes. Sinon, se créent des adhérences et des symphyses, et les deux feuillets de la membrane se confondent en une lame plus ou moins épaisse de tissu fibreux (adhérences et cloisonnement de la vaginale à la suite de vaginalites aiguës avec épanchement).

Quant à l'origine de l'épithélium des séreuses, on pense qu'il résulte soit de la persistance de l'épithélium coelomique, soit de l'adaptation des cellules sous-jacentes au mésoderme primitif tandis que celui-ci disparaîtrait.

Le chorion est un tissu conjonctivo-vasculaire sans caractères particuliers, très mince sinon inexistant au niveau

du feuillet viscéral de la vaginale, plus épais au niveau du feuillet pariétal; il se compose de cellules conjonctives fixes, étoilées ou fusiformes, de fibres assez grêles, entrecroisées, constituées semble-t-il par un pré-collagène; de fibres élastiques formant deux réseaux : l'un superficiel lâche : c'est la couche réticulée, l'autre plus dense, la couche compacte, située entre le chorion et la sous-séreuse lorsque cette dernière existe.

On peut également trouver dans le chorion des éléments cellulaires variés tels que des leucocytes, des cellules basophiles, etc ... Il est utile en outre d'ajouter que ces tissus sont vascularisés aussi bien par des vaisseaux sanguins que par des vaisseaux lymphatiques.

La sous-séreuse est inconstante. Particulièrement développée au niveau des franges du péritoine où elle constitue une grande réserve de graisse, elle est inexistante à la surface du testicule, plus abondante au niveau du feuillet pariétal tapissant le scrotum. Elle se double alors d'un muscle lisse discontinu de vaste étendue.

Les vaisseaux et les nerfs n'offrent pas de caractères particuliers. On sait que les séreuses sont vascularisées; les vaisseaux sanguins, d'importance réduite, cheminent dans la sous-séreuse d'où partent des réseaux se capillarisant dans le chorion. A certains endroits, les capillaires semblent inexistantes.

Les lymphatiques, très abondants au contraire, suivent la même disposition. La question de leurs rapports avec les séreuses n'a pas encore été définitivement tranchée. L'existence des stomates, affirmée par RANVIER, correspondant à l'ouverture directe des lymphatiques dans la cavité péritonéale, est actuellement contestée. Aucune recherche ne semble avoir été faite dans ce sens en ce qui concerne la vaginale.

Les nerfs forment au niveau des grandes séreuses un plexus sous-séreux d'où partent des rameaux allant constituer un second plexus sous-endothélial. Sur leur trajet, on peut noter la présence de ganglions microscopiques ou de cellules ganglionnaires isolées. L'innervation de la vaginale ne semble pas comporter de pareils relais ganglionnaires.

La vaginale dérive du mésothélium recouvrant l'éminence génitale, déserté par les gonocytes primaires, qui d'abord cylindriques, s'aplatit pour prendre l'aspect endothéliforme que nous venons d'étudier.

Le testicule, l'épididyme et une portion réduite du canal déférent sont partiellement enveloppés par la vaginale, cavité dont les parois répondent à la description précédente. Il convient de noter que l'occlusion du tractus péritonéo-vaginal, laisse persister au sein du funicule des débris mésothéliaux, petites formations épithéliales creuses échelonnées le long du cordon séminifère et qui pourraient dans certains cas fournir des tumeurs, pour la plupart kystiques.

CHAPITRE II

MESOTHELIOMES BENINS DE LA VAGINALE

Nous ne réserverons que quelques lignes à ces tumeurs de petites dimensions qui sont pour la plupart des trouvailles post-opératoires, n'ayant fourni aucun signe clinique caractéristique.

Ces néoformations de très petite taille, se comportent comme des plages polykystiques situées entre la séreuse et l'albuginée dans le repli testiculo-épididymaire, ou développées dans le tissu conjonctivo-musculaire dans la paroi interne du scrotum, en contact avec le feuillet pariétal de la vaginale.

P. MASSON les cite dans son traité "Tumeurs humaines" comme les homologues testiculaires des tumeurs bénignes reconnues dans la masse épидидymaire ou dans la paroi de cet organe. Ayant eu l'occasion à plusieurs reprises de rencontrer fortuitement de telles tumeurs au cours d'examen anatomopathologiques portant sur le testicule après castration ou d'exérèses partielles de la vaginale pour lésions inflammatoires banales, nous voudrions rapporter ici très succinctement le résultat de nos investigations.

Ces proliférations peuvent être uniques ou multiples et plus fréquentes semble-t-il, au niveau du feuillet pariétal de la vaginale que de son feuillet viscéral. Il s'agit le plus souvent de petites formations blanchâtres, de volume réduit, (1 à 2 mm de diamètre) qui végètent activement sous la séreuse et peuvent prendre contact avec le parenchyme testiculaire qu'elles pénètrent rarement. Elles sont constituées par des

conglomérats de formations kystiques mêlées à des plages plus denses de cellules épithéliales souvent orientées en tourbillons au pourtour de très fines cavités vides de tout contenu, ou de trajets linéaires à lumière virtuelle.

Dans la zone à proprement parler kystique, les lacunes dont la lumière est irrégulièrement découpée, sont revêtues par une couche de cellules cubiques ou cylindriques, parfois proéminentes, à noyaux arrondis ou ovalaires, nucléolés, et dont la structure rappelle celle qui caractérise le revêtement de la séreuse normale.

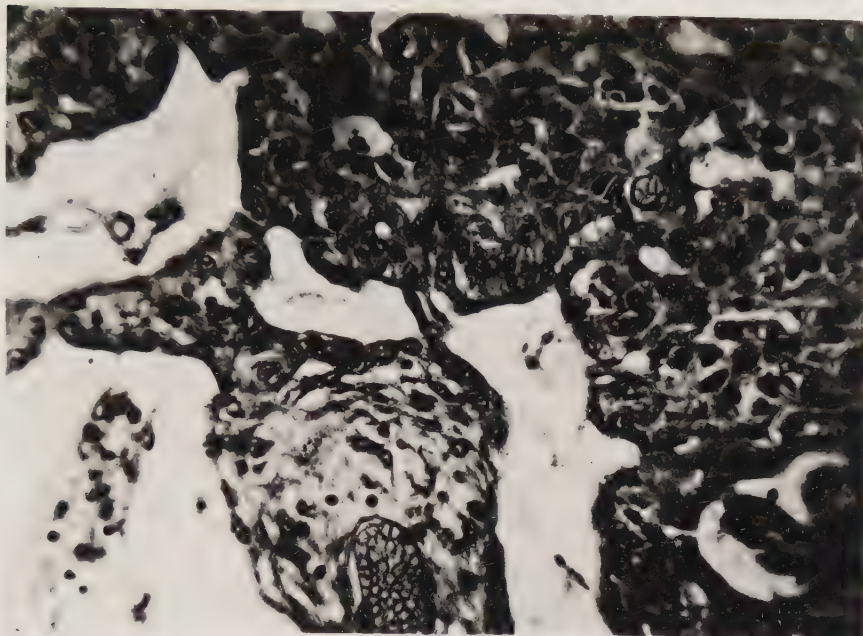
Dans les zones compactes, les cellules fusiformes ou polygonales à cytoplasme réduit, forment des plages assez denses au sein desquelles apparaissent des lumières minuscules ou des trajets filiformes et diverticulés, tapissés par des cellules endothéliales à noyau turgescent. Des capillaires sanguins parcourent la masse cellulaire, qui renferme en outre, dans son tissu interstitiel réduit à de fines fibrilles collagènes, quelques lymphocytes et quelques plasmocytes. Les mitoses sont très rares et de structure normale.

Ces petites tumeurs, mal limitées par rapport aux tissus avoisinants sont dépourvus de tissu élastique.

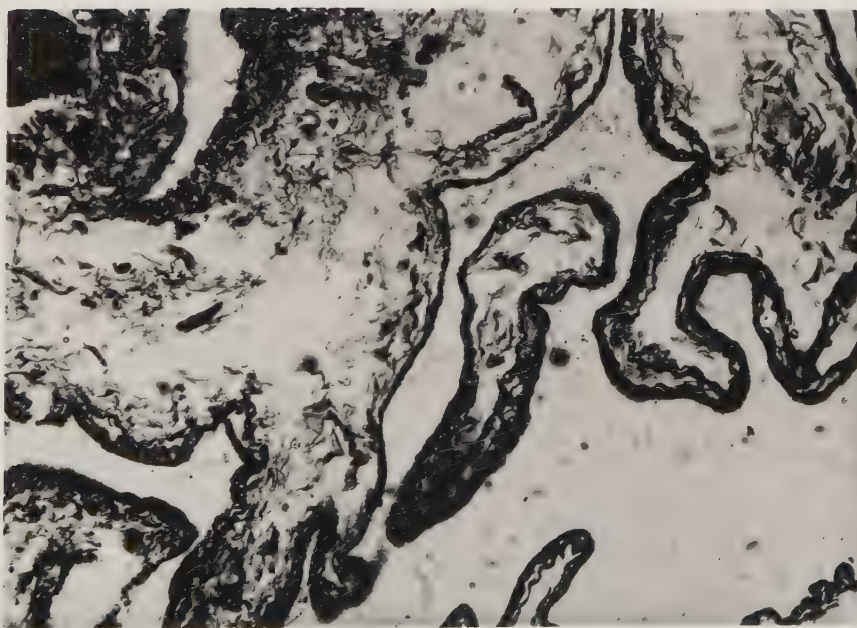
Elles pourraient être confondues avec des angiomes, mais le revêtement cylindrocubique des kystes, est manifestement différent de l'endothélium des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et les cavités sont vides de tout contenu.

Dans un cas, nous avons relevé au sein de la vaginale testiculaire prélevée dans la zone d'implantation de la tête épiddymaire où la séreuse a tendance à s'épaissir et à se doubler d'une masse conjonctive assez dense, une formation kystique multiloculaire dont la structure diffère de celle que nous

Mésotéliome bénin de la vaginale testiculaire



Détail des kystes au sein d'éléments glanduliformes



Structure papillaire née du revêtement d'une cavité kystique

venons de décrire. Les cavités, à lumière allongée sont occupées par des digitations conjonctivo-vasculaires filiformes, recouvertes par un épithélium simple cubique ou prismatique, très régulièrement disposé à la surface des franges. Cette structure papillaire endophytique, rappelle assez fidèlement celle qu'on peut enregistrer à la surface de l'ovaire ou du péritoine péri-salpingien (figure).

Si nous avons insisté sur ces deux aspects fondamentaux des mésothéliomes bénins de la vaginale testiculaire, c'est qu'ils nous conduisent tout naturellement à l'interprétation histologique des tumeurs malignes de cette séreuse, dans lesquelles se confondent les aspects kystiques et massifs que nous venons de rencontrer dans les mésothéliomes bénins.

Notons enfin qu'au niveau de la vaginale se développent des tumeurs microkystiques analogues à celles qu'on peut rencontrer au sein de l'épididyme et que les recherches récentes considèrent comme des mésothéliomes bénins. Nous reviendrons sur la description de ces tumeurs dans le chapitre consacré à l'épididyme.

Déjà en 1930, MARCANDIER et THOMAS, avaient souligné la ressemblance de certaines proliférations polykystiques ou papillifères de la vaginale avec les aspects histologiques que pouvait prendre par place, une tumeur de l'épididyme qu'ils avaient observée et qu'en définitive ils devaient appeler un lymphangiome.

CHAPITRE III

LES MESOTHELIOMES MALINS DE LA VAGINALE TESTICULAIRE

HISTORIQUE

Si le mésothéliome bénin est bien particulier à la sphère génitale, les mésothéliomes ou coelothéliomes malins semblent intéresser le plus souvent les grandes séreuses : Coelothéliomes pleuraux, péricardiques et péritonéaux, les coelothéliomes pleuraux étant les plus fréquents. Ils ont fait l'objet d'intéressantes communications et depuis les travaux de STOUT et de MURRAY, ils sont maintenant mieux connus, quoique le diagnostic n'en soit pas toujours très aisé.

On sait que les tumeurs malignes primitives de l'épididyme et de la vaginale testiculaire sont très rares; les sarcomes semblent être les plus fréquents; quant aux épithéliomas, moins d'une centaine ont été publiés jusqu'à ces dernières années. Si l'on s'attache plus particulièrement à l'étude des tumeurs mésothéliales malignes de la sphère génitale masculine, on se rend compte qu'elles sont parmi les plus rares et les moins connues.

Les observations que nous avons recherchées dans la littérature sont peu démonstratives : la description de NICOLOPOULO, qui remonte déjà à 1895, d'un épithélioma-papillifère de la vaginale, nous incline à croire qu'il s'agissait d'une tumeur mésothéliale; MUSHAM en 1898, décrivait une tumeur épithéliale d'aspect adénomateux qui pourrait bien être aussi interprété comme un mésothéliome. MICOTTI (1926), CHEVASSU (1929)

rapportent chacun un lymphangio-endothéliome malin de la vaginale à caractère mésothélial. CHEVASSU reconnaît à ces tumeurs deux variétés épithéliales : l'une papillifère banale et une forme massive pseudo-lymphangiomateuse. Citons aussi la publication (1934) de FRESNAIS (J.) et MOUCHET (A.).

MASSON, dans son livre sur les "Tumeurs humaines" (édition de 1956), à la page 662 présente une microphotographie très démonstrative d'un mésothéliome malin de la vaginale, sans aucun renseignement clinique; nous le regrettons.

En 1958, MM. FLORENTIN et CHARDOT (Nancy), étudient un cas de véritable mésothéliome malin de la vaginale, que nous décrirons en détail.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Au point de vue clinique, la découverte de la tumeur est précédée, parfois plusieurs années auparavant, d'une hydrocèle. Notons que la présence d'un épanchement a toujours été retrouvé dans les mésothéliomes pleuraux, et qu'elle semble bien être caractéristique des néoplasmes des séreuses.

Le contenu scrotal est augmenté de volume : la palpation toujours douloureuse, permet de sentir une masse arrondie, de taille variable, dure, un cordon très épaissi et moniliforme; le testicule est difficilement perçu. On ne note aucune adhérence avec le scrotum.

Il n'y a pas d'ascite, l'examen des urines est normal, le culot de centrifugation normal; aucune atteinte prostatique perceptible, rien au carrefour génito-urinaire.

Ces tumeurs donnent des métastases parfois précoces : les métastases thoraciques sont celles que l'on peut le plus facilement observer, sous forme d'adénopathies médiastinales.

Le traitement est chirurgical, il consiste en une castration élargie complétée par la curiethérapie. Au point de vue microscopique, les mésothéliomes de la vaginale sont de taille variable, depuis le volume d'une orange jusqu'à celui d'un petit pois. La tumeur est arrondie ou ovalaire, dure. A la coupe le tissu néoplasique est gris-blanchâtre, assez ferme, traversée par des cloisons fibreuses. Le testicule et l'épididyme apparaissent noyés dans la masse tumorale qu'il est difficile de délimiter. Des indurations néoplasiques se retrouvent le long du cordon. Aucun signe de nécrose ni d'hémorragie.

Au microscope, nous allons retrouver certaines structures qui ont été définies comme étant caractéristiques des mésothéliomes en général.

L'histologie des tumeurs coelomiques malignes, se présente sous deux aspects différents : épithélial et conjonctif; épithélial lorsque la prolifération tumorale offre une organisation pseudo-glandulaire ou dans d'autres cas prend une disposition papillaire ou bien encore qu'elle s'agence en cordons de cellules cubiques.

La tumeur peut aussi parfois évoquer nettement un fibrosarcome. Ces caractères ont été bien étudiés pour les mésothéliomes de grandes séreuses; il existe jusqu'ici peu de travaux concernant les mésothéliomes malins de la sphère génitale mâle. On peut dire cependant que l'histologie de ces tumeurs est très proche de celle que nous avons rappelée mais on ne retrouve jamais ici la différenciation sarcomateuse.

Comme dans les mésothéliomes bénins exposés dans la première partie de cette étude, les éléments mésothéliaux développent très largement ici toutes leurs potentialités épithéliales.

La tumeur en effet est d'allure épithéliale. Elle se compose de kystes irréguliers et de papilles plus ou moins épaisses. Elle est souvent lobulée semblant décomposée en logettes cernées de conjonctif; ces logettes prennent par endroits l'aspect franchement kystique. Les kystes sont bordés d'un revêtement cubique, parfois une cellule plus bombée donne l'apparence d'une cellule en dôme.

Ces dilatations kystiques revêtent les aspects les plus variés : kystes en nid d'abeilles, kystes nodulaires, simples vacuoles à contenu louche ou floconneux, quelquefois faiblement mucicarminophile, à l'opposé vaste kyste rempli de végétations papillaires. Des cellules parfois très denses s'infiltrèrent entre eux.

Ailleurs, la tumeur est formée d'arborescences papillaires grêles ou très épaisses, soutenues par une mince armature de collagène. Ces papilles sont bordées de cellules cubiques ou cylindriques stratifiées.

Les cellules tumorales sont de grandes cellules de type épithélial, claires pour la plupart, possédant un noyau bien nucléolé; leur surface apicale peut être munie d'une cuticule. En certains points elles s'ordonnent en pseudo-acini, ou bien en de véritables cordons qui semblent faire la transition avec les papilles voisines.

On a pu noter en de rares endroits une infiltration lymphocytaire discrète, quelques fibres élastiques. Le stroma est constitué par du collagène banal, simple tissu conjonctif

de soutien. La tumeur est par ailleurs peu vascularisée.

Il est intéressant de remarquer la similitude qu'offre l'examen histologique de ces tumeurs avec certains épithéliomes végétants de l'ovaire. Cette constatation n'est pas pour nous étonner si l'on se souvient que le mésothélium vaginal et l'épithélium germinatif de l'ovaire ont une commune origine embryologique.

La malignité de cette prolifération n'est pas douteuse; l'examen des coupes montre des places fortement colorées, on observe des anarchies cellulaires, des monstruosité, les noyaux sont parfois énormes, boursoufflés; les mitoses nombreuses, les cloisons sont souvent disloquées, rompues, enfin certaines zones nous apparaissent très nécrosées.

Voilà plus précisément, un cas de mésothéliome malin de la vaginale, décrit par MM. FLORENTIN et CHARDOT en 1957 et dont nous allons donner l'observation détaillée.

1/ L'histoire clinique est la suivante :

Monsieur H. G. 71 ans, se présente en Mars 1957 au Centre Anti Cancéreux de Nancy. Il s'agit d'un mécanicien en retraite, veuf, qui n'a pas d'enfants.

Il vient consulter pour une tuméfaction scrotale gauche et douleurs inguinales.

La palpation du contenu scrotal gauche est douloureuse. Elle permet de sentir une masse arrondie, très dure, du volume d'une orange, sans adhérence avec le scrotum. A ce niveau, la peau présente un déplissement marqué. Il est absolument impossible de palper le testicule ni l'épididyme; par contre, le cordon, au-dessus de la tumeur, apparaît fortement épaissi et moniliforme.

L'interrogatoire révèle dans les antécédents, une opération pratiquée en 1942 pour hernie inguinale gauche. En 1955, le malade a présenté une volumineuse hydrocèle gauche asséchée complètement par la ponction d'une importante quantité de liquide. L'hydrocèle ne s'est pas renouvelée, mais le sac scrotal n'a cessé depuis lors d'augmenter de volume.

Actuellement on ne constate en effet aucun signe d'hydrocèle ni à gauche, ni à droite.

L'examen de la région scrotale droite ne révèle par ailleurs aucune anomalie : testicule, épiddyme et cordon sont normalement palpés.

La recherche d'une extension métastatique permet de trouver l'existence de ganglions inguinaux bilatéraux en particulier dont le quadrant supéro-interne de l'aire inguinale gauche où l'on sent deux ganglions du volume de grosses noisettes.

Par contre, à la palpation abdominale profonde, aucune adénopathie paravertébrale n'est perçue.

Au toucher rectal la prostate et les vésicules séminales sont de consistance normale. Les examens de laboratoire habituels sont satisfaisants.

La radiographie thoracique faite systématiquement montre une image arrondie du volume d'une noix, débordant l'ombre médiastinale, et que de bons clichés pulmonaires face et profil permettent de rapporter à une extension métastatique médiastinale du processus.

Le 27 Mars 1957, on procède à l'ablation de l'un des ganglions inguinaux gauches. L'examen anatomo-pathologique en est fait par le Professeur FLORENTIN; le diagnostic de tumeur mésothéliale maligne qui est posé entraîne l'exérèse de la tumeur scrotale le 9 Avril suivant. Elle consiste en une castration élargie par voie d'abord inguino-scrotale; la vaginale est de toute évidence le siège de la prolifération maligne,

ce qui oblige à un clivage soigneux juste sous le Dartos.

On effectue une ligature haute du cordon, à l'orifice externe du canal inguinal. La fermeture inguino-scrotale est faite aux agrafes sur drainage aspiratif à la manière de REDON.

Les adénopathies médiastinales autorisant à penser que l'extension métastatique est déjà fort avancée, on juge inutile d'entreprendre un curage ganglionnaire inguinal et latéro-aortique. Mais l'on fait suivre l'acte chirurgical, d'ailleurs sans grande conviction, d'un traitement radiothérapique sous 200 KV en trois champs de 4000 R chacun : inguinal bilatéral, un médian intéressant plus particulièrement la bifurcation aortique (Professeur ROUSSEL, Dr SCHOUMACHER).

Ce traitement sera interrompu une dizaine de jours à la suite de l'apparition d'une épidermite exsudative.

Le 26 Septembre 1957, l'état général est altéré. Il existe des adénopathies iliaques et inguinales importantes ainsi que médiastinales; le malade accuse des douleurs lombaires bilatérales et inguinales gauches. Il souffre aussi du membre inférieur droit.

Le 10.2.1958, le malade est revu à la consultation : état stationnaire. On constate l'absence de métastases pulmonaires et vertébrales.

Le 12/1/1959, en réponse à une lettre que nous avons écrite pour obtenir des nouvelles, le Maire de la commune nous apprend que le malade est décédé. Nous n'avons pu savoir la date exacte du décès.

ETUDE HISTOLOGIQUE

La pièce d'exérèse pèse 160 grammes. Elle se présente sous l'aspect d'une tumeur ovoïde, que surmonte un cordon épais sur lequel on suit un chapelet de nodules néoplasiques. La tumeur elle-même apparaît bosselée, de consistance ferme.

La coupe suivant l'axe longitudinal découvre un testicule réduit à un faible volume, refoulé au centre par la prolifération néoplasique qui, en périphérie, s'épaissit en une coque grisâtre.

L'épididyme semble normal. La tumeur est d'aspect homogène, coupée dans toutes les directions de cloisons fibreuses.

L'étude microscopique montre nettement les aspects déjà envisagés dans nos descriptions générales : glanduliformes et kystiques; papillaires, faits d'arborisations délicates ou épaisses bordées par un épithélium cylindro-cubique riche en figures de mitoses, certaines venant même s'épanouir en végétations exubérantes à l'intérieur des kystes; cordons de cellules épithéliales qui parfois se disposent en nappes très denses fortement chromophiles. Les cellules ne renferment pas d'enclaves : glycogène, graisses ou mucus.

En somme, hétérogénéité histologique marquée mais qui n'est qu'apparente, car la tumeur garde sous tous ces aspects les caractéristiques strictement épithéliales. On n'observe en aucun point la transformation pseudo-sarcomateuse que nous avons signalé déjà comme étant fréquente dans l'évolution des mésothéliomes des grandes séreuses.

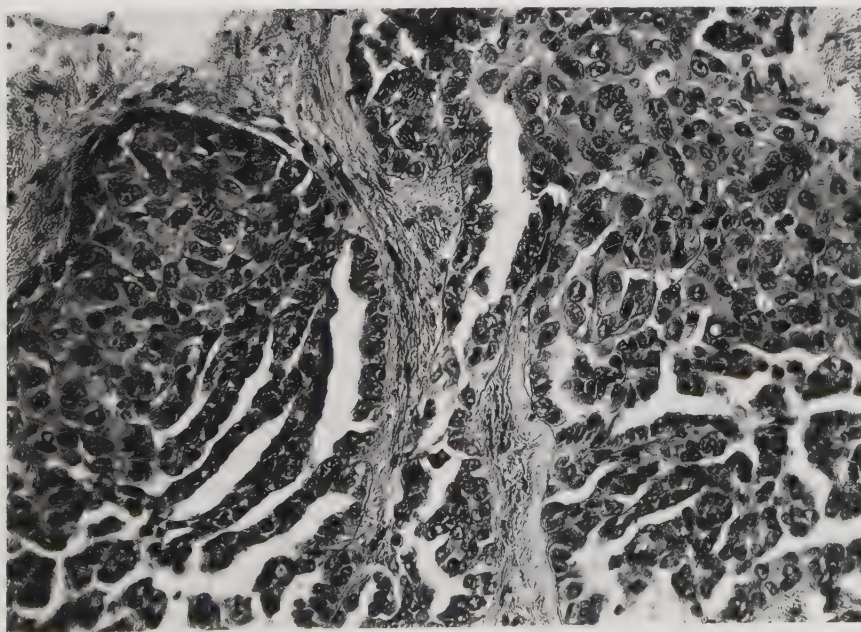
La tumeur est cloisonnée irrégulièrement par de larges bandes de tissu conjonctif finement fibrillaire, pauvre en fibres élastiques.

Il existe des vaisseaux sanguins à lumière très réduite, dans lesquels on ne trouve pas d'embolies néoplasiques. Pas

Mésothéliome malin de la vaginale



Aspect macroscopique de la pièce d'exérèse



Coexistence d'aspects glanduliformes et kystiques

d'infiltrats leucocytaires; il ne semble pas exister de réaction inflammatoire.

L'étude des coupes intéressant le testicule en regard de la tumeur vaginale, montre un envahissement néoplasique des lymphatiques interstitiels. Pas d'embolies dans les vaisseaux sanguins. Il existe en outre une aplasie totale de la glande interstitielle dans le territoire considéré. Quant aux tubes séminifères, ils apparaissent comme totalement déshabités, réduits à leur épithélium de Sertoli.

COMMENTAIRES

Après l'exposé de cette observation, on est frappé par les similitudes qui existent entre le mésothéliome malin de la vaginale et les tumeurs primitives malignes des grandes séreuses : plèvre et péricarde en particulier.

Du point de vue clinique, l'apparition d'un épanchement est très caractéristique de ces néoplasies, et l'hydrocèle observée ici est en parfaite concordance avec les épanchements pleuraux que nous trouvons dans les mésothéliomes malins de la plèvre. Il est regrettable qu'elle n'ait pas paru suspecte lors de sa constitution et que l'on se soit contenté d'un assèchement symptomatique sans examen plus approfondi.

Quant à l'étude microscopique de la tumeur, elle met en évidence l'identité histologique des mésothéliomes malins primitifs des séreuses : les cellules gardent un aspect épithélial tout en présentant une organisation des plus polymorphes : soit qu'elles s'ordonnent en figures pseudo-glandulaires ou tapissent des cavités kystiques parfois très dilatées, soit qu'elles se rangent en travées plus ou moins épaisses ou qu'elles revêtent des digitations purement papillaires.

En terminant ce chapitre, nous rappellerons que la transformation maligne des tumeurs primitives de la plèvre, est fréquemment signalée dans la littérature. Nous ne connaissons rien du passé du mésothéliome vaginal étudié ici. L'hydrocèle ponctionnée deux ans auparavant a-t-elle coïncidé avec le stade initial de la tumeur, que l'examen histologique aurait pu peut être alors classer comme bénigne.

C'est une question à laquelle il ne nous est pas possible de répondre, mais nous sommes autorisés à supposer qu'il en est des tumeurs de la vaginale comme de celles des grandes séreuses, et que le processus pourrait être parfois à point de départ bénin.

-:-:-:-:-

DEUXIEME PARTIE

--:--:--:--:--:--:--:--:--

Chapitre I

TUMEURS BENIGNES DE L'EPIDIDYME ET DU CANAL DE FERENT

1°- HISTORIQUE

Nous avons vu précédemment que l'embryologie et l'histologie des séreuses en général, plus particulièrement de la vaginale, brièvement retracée, nous permettent d'aborder l'étude des tumeurs mésothéliales des voies génitales masculines : les kystes épiddymaires et funiculaires, les kystes testiculaires, les mésothéliomes de l'épididyme.

Les tumeurs bénignes de l'épididyme sont des tumeurs rares. Les statistiques de la Mayo-Clinic du 1.1.1910 au 16.1.1950, dénombraient 75 cas de mésothéliomes du tractus génital, dont 18 pour l'épididyme.

Le premier cas de tumeur bénigne de l'épididyme fut décrit par CONFORTI en 1910 et interprété alors comme un lymphangio-endothéliome alvéolaire diffus. Une tumeur semblable de la vaginale avait été rapportée en 1901 par RINDONE.

D'autres auteurs, dans les années suivantes, se basant sur l'aspect histologique fréquent de ces tumeurs (cavités tubulaires plus ou moins lâches voisinant très souvent avec des îlots lymphatiques, les décrivaient comme des lymphangiomes; ainsi, MARCANDIER et THOMAS en 1930.

C'est en 1942 que MASSON, RIOPELLE et SIMARD, à partir de 8 cas de tumeurs semblables concluent à leur origine mésothéliale et leur donnent le nom de mésothéliomes. Le terme est repris un peu plus tard par EVANS en 1943 qui en rapporte 15 cas, puis par ROBINSON (J.N.) 1945 - 2 cas; FAJERS le confirme avec 5 cas dont 4 de l'épididyme; en 1950, LEE publie 35 cas de mésothéliomes dont 18 de mésothéliomes épидидymaires. DESCLIN, enfin en 1958, à propos d'un cas présenté résume les caractères histologiques de ces tumeurs.

Cependant, en 1945 GOLDEN et ASH étudiant 13 cas publiés dans les deux années précédentes, concluaient à l'unité de la tumeur : la genèse est obscure, elle serait de nature épithéliale avec une tendance très nette à prendre un aspect glandulaire, ce qui explique d'ailleurs le terme d'adénome qui avait été précédemment proposé par GORDON - TAYLOR et OMMANEY - DAVIS, et par BLUMMER et EDWARDS. Toutefois, comme ils ne peuvent noter une structure glandulaire préexistante, GOLDEN et ASH préfèrent englober ce type de tumeurs sous le terme mal défini de tumeurs adénomatoïdes; cette appellation semble avoir les suffrages actuellement d'un grand nombre d'auteurs américains : CODNERE et FLYNN (1946), FAIK et LONGO (1951), RAPOPORT (1953), FALKINBURG (1958); en France LAUMONIE R. (1957; certains auteurs : MORIN (1956) SCHAEFER (1957), THOMPSON (1958) bien que paraissant adopter le terme d'adénomatoïde, reconnaissent à ces tumeurs une origine vraisemblablement mésothéliale.

Notons qu'une étude récente (Juin 1960) de FORTI (E.) à partir d'un cas semblable, rejette la dénomination imprécise de tumeur adénomatoïde et conclut à un lymphangio-endothéliome. Ainsi le diagnostic le plus récent dans la littérature (1960) rejoint celui que CONFORTI avait publié pour la première fois en 1910.

2°- ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

Nous allons maintenant nous attacher, après avoir fait l'étude histologique générale de ces tumeurs, à en préciser l'histo-génèse et à en décrire trois cas personnels.

La tumeur siège le plus souvent au niveau de l'épididyme précisément au pôle inférieur de celui-ci. L'âge des sujets qui en sont porteurs se situe généralement entre 30 et 40 ans; l'enfant en est exceptionnellement atteint, un seul cas à notre connaissance a été rapporté par BURROS et MAYOCK (1950).

La tumeur est unilatérale, cependant MORIN, en 1956, a publié un cas de tumeur bilatérale.

On note dans les antécédents l'absence de traumatisme, de maladies vénériennes ou urinaires.

Le pronostic en est bénin; après exérèse, il n'y a pas de récidives.

Au point de vue clinique, il est rare que les douleurs aient amené le sujet à consulter. En général, la tumeur ne donne pas de signes fonctionnels. On a signalé pourtant des douleurs très vives du scrotum. Parfois l'élément douloureux était le seul symptôme.

La tumeur a une croissance lente et peut rester très longtemps ignorée; cependant elle peut avoir été remarquée dans les deux et même dans les dix années précédentes et c'est parce qu'elle est allée en augmentant régulièrement de volume que le malade s'est inquiété et a vu son médecin.

Très souvent aussi, on ne signale aucune manifestation clinique; la tumeur a été découverte fortuitement, à la suite

d'une épидidymectomie ou d'une castration pour lésions inflammatoires ou tumeurs du testicule.

Il s'agit dans la plupart des cas d'un petit nodule attaché au pôle inférieur de l'épididyme. Il est rare qu'elle s'accompagne d'une hydrocèle.

La transillumination est un moyen d'en faire le diagnostic différentiel d'avec un kyste de l'épididyme.

L'étude soigneuse permet d'en distinguer un type anatomopathologique constant. Macroscopiquement ces tumeurs sont fermes, petites, atteignant rarement 2 à 3 cm de diamètre, de forme arrondie ou ovalaire; elles sont bien circonscrites, nettement individualisées de l'épididyme et n'envahissent jamais le testicule. Leur couleur est grisâtre ou gris-jaunâtre.

A la coupe, elles apparaissent brillantes, évoquant le diagnostic de tumeurs bénignes fibromateuses ou fibromyomateuses.

Au microscope, ce qui frappe, c'est la coexistence sur une même coupe de deux images bien différentes : des cordons cellulaires pleins, parfois très denses, parfois plus grêles, qui voisinent avec de larges cavités claires d'aspect vacuolaire. Celles-ci sont bordées par un épithélium pavimenteux simple, ou par une assise de cellules cubiques. Ailleurs leur revêtement paraît nettement de nature endothéliale. Certaines cellules semblent surélevées par rapport à la surface bordante, dessinant une image en dôme.

Le contenu des vacuoles se colore parfois en rose très pâle par le mucicarmin.

Quelques petites cellules libres, irrégulièrement distribuées, en occupant l'intérieur; elles semblent avoir été

comme arrachées à l'épithélium de revêtement et s'entourent d'un halo floconneux en pattes d'araignée. Par places, les cavités prennent une importance telle que l'on pourrait conclure sans hésitation à la nature vasculaire de la tumeur. Cependant, en certains points de la coupe, on peut mettre en évidence la transition entre les cordons et les lacunes : les rangées de cellules denses peu à peu s'amincissent, s'effilochent et donnent ces réseaux à larges mailles. Les cellules elles-mêmes sont du type épithélial, leur cytoplasma est bien colorable; certaines ont un noyau assez volumineux, clair, de forme ovulaire, les nucléoles sont apparents; d'autres présentent un noyau sphérique central plus petit, plus foncé. Le pôle apical de la cellule est souvent muni d'une bordure en brosse. Ça et là des amas de lymphocytes mettent un piqueté foncé sur l'ensemble plus clair de la tumeur.

On note peu de vaisseaux sanguins.

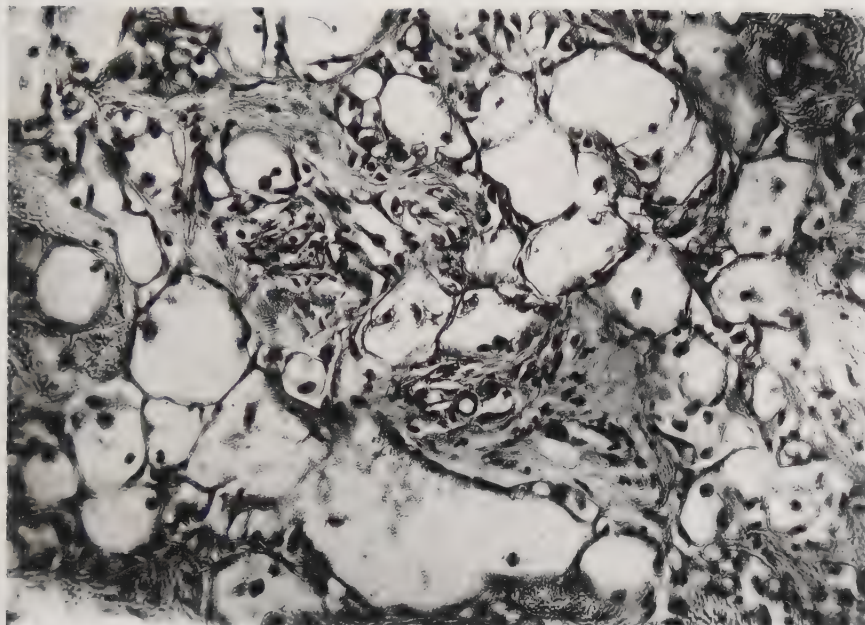
Il existe en outre une trame conjonctive formée de fibres collagènes parfois très abondantes.

A la périphérie de la tumeur s'observent souvent des fibres musculaires lisses.

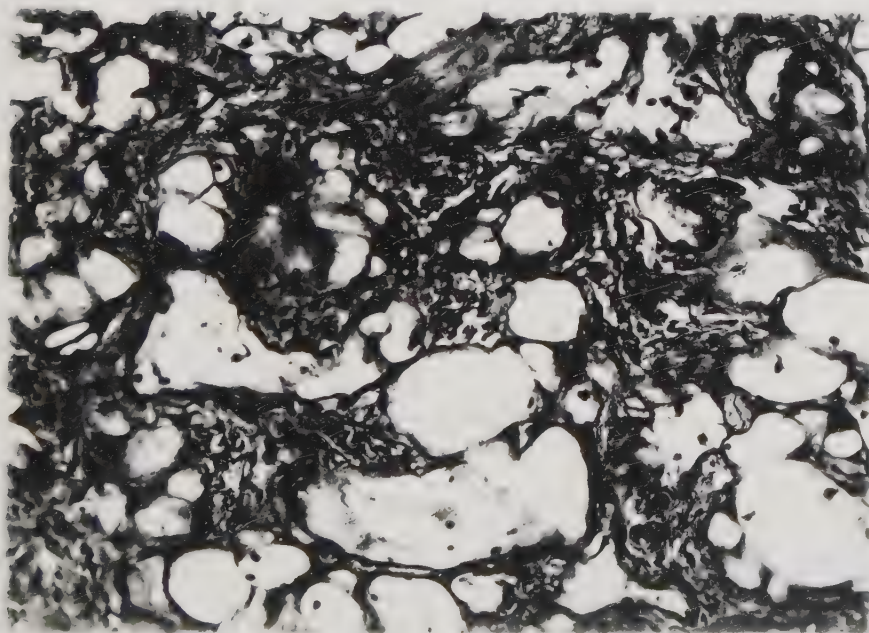
Dans les cellules on peut noter quelques mitoses, mais qui ne présentent aucun caractère de malignité; il est établi - d'ailleurs nous l'avons signalé plus haut - que ces tumeurs ne présentent jamais de récidives lorsqu'on en a fait l'ablation.

Les microphotographies suivantes illustrent cette description générale. Il s'agit de trois cas authentiques de tumeurs mésothéliales bénignes de l'épididyme. Nous ne possédons aucun renseignement clinique : pour chacun de ces cas, la tumeur a été découverte fortuitement au laboratoire du centre Anti-cancéreux de Nancy où les pièces opératoires avaient été envoyées après épидидymectomie ou castration, pour l'identification de lésions inflammatoires.

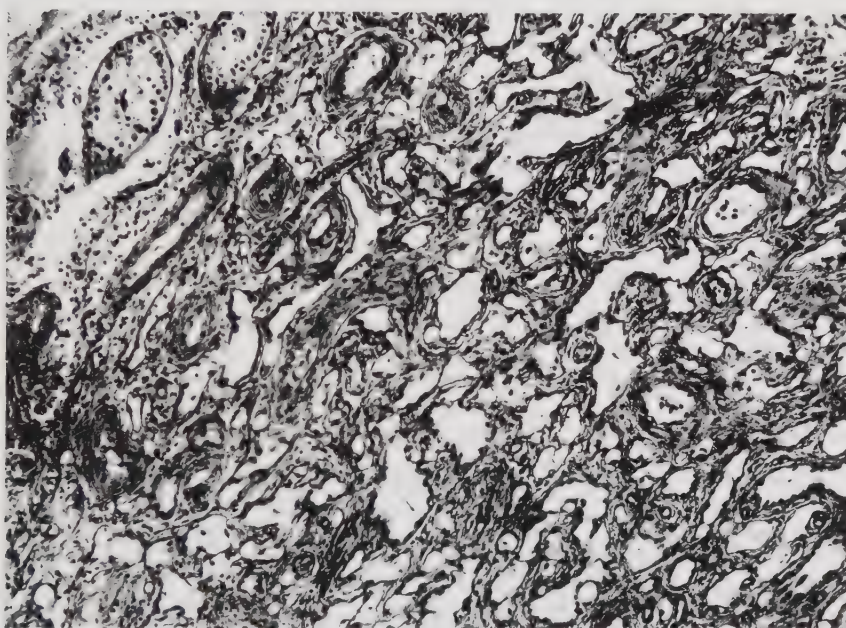
Mésothéliome bénin de l'épididyme



Cas n° 1 - Réseau à larges mailles
L'interstitium est semé d'éléments lymphocytaires.



Cas n° 2 - Vacuoles claires à revêtement endothéliforme.



Zone présentant le même aspect lacunaire typique
Tatouage lymphocytaire

C O N C L U S I O N

En relisant les publications que nous avons rapportées, depuis les plus anciennes, nous voyons que pour caractériser la tumeur, les termes suivants ont été le plus souvent employés : tumeur adénomatoïde, adénome, adénomyome lymphangiome, mésothéliome enfin; nous nous proposons d'abandonner complètement dans nos discussions, l'appellation d'adénomatoïde qui n'évoque rien de précis du point de vue histologique, et ne peut en aucune façon nous éclairer sur l'histogénèse de la tumeur.

Adénomes, adénomyomes, lymphangiomes, mésothéliomes, comment les mêmes images histologiques ont-elles pu inspirer des interprétations aussi différentes.

C'est que, nous l'avons vu, la structure de la tumeur semble en apparence complexe, formée d'éléments à l'aspect bien dissemblable : des cordons et des tubes qui évoquent une organisation glandulaire (adénomes); qu'entourent des paquets de fibres musculaires lisses parfois très abondantes (adénomyome); enfin, si la coupe intéresse surtout une zone cavitaire : de larges vacuoles au voisinage d'îlots lymphoïdes : ce sont des lymphangiomes ou des lymphangio-endothéliomes.

Reste la dernière conclusion qui attribue à ces tumeurs une origine coelomique. S'il s'agit de mésothéliomes, comment expliquer une structure histologique aussi polymorphe ? Il faut surtout se rappeler les travaux qui depuis MAXIMOW ont permis de mieux connaître le mésothélium et ses potentialités : à la fois conjonctive et épithéliale. Dans certaines conditions en effet : processus tumoral, inflammation (la pleurésie nous en fournit un bon exemple) il est possible d'observer une différenciation épithéliale à partir des cellules d'un revêtement

mésothélial. Nous savons aussi, grâce à BOLCK que le phénomène de vacuolisation est très particulier aux éléments mésothéliaux. Ainsi s'expliquent les images aréolaires qui existent toujours dans les tumeurs que nous étudions. Signalons ici - nous y reviendrons - que le contenu de ces vacuoles est légèrement mucicarminophile.

En ce qui concerne les cellules elles-mêmes de nos "mésothéliques", un examen plus approfondi, des colorations spéciales, vont nous préciser leur morphologie. Les cellules sont cubiques ou cylindro-cubiques, elles présentent une bordure en brosse. L'hématoxyline ferrique met en évidence des cadres inter-cellulaires, des kiltleisten, une cuticule au pôle apical; les noyaux sont le plus souvent volumineux.

Nous n'avons pu retrouver avec l'hématoxyline de HEIDENHAIN le diplosome supranucléaire, non plus que le flagelle que des coupes heureuses ont permis à RIOPELLE de découvrir.

Ces détails cellulaires permettent de distinguer parfaitement les tumeurs étudiées ici des tumeurs endothéliales.

Les dilatations kystiques, elles-mêmes ne pourraient être confondues avec des éléments d'origine vasculaire, puisque les colorations au P.A.S. s'y révèlent positives dans la plupart des cas.

Quant aux îlots lymphoïdes qui parsèment la tumeur, il s'agit vraisemblablement d'une réaction inflammatoire banale comme dans nombre de processus tumoraux; rappelons que cette participation lymphoïde est d'ailleurs discrète le plus souvent.

De même l'aspect très particulier des cellules nous permet de rejeter la théorie épithéliale; il ne s'agit pas d'adénomes, non plus que d'adénomyomes car les fibres musculaires

lisses que l'on observe parfois ne sont probablement que la traduction d'un processus irritatif banal au pourtour de la tumeur.

Il n'est pas possible non plus de faire dériver ces tumeurs de vestiges mullériens puisque l'on sait qu'elles s'accompagneraient alors de la production d'oestrogènes.

Il y a lieu de signaler enfin un ensemble de constatations en remarquable concordance : ainsi, à propos d'une tumeur de l'épididyme dite adénomatoïde, EVANS a pu suivre la continuité entre la séreuse et les éléments tubulés de la prolifération tumorale. De même, AMBROSE en 1953, a décrit une tumeur semblable développée sur la vaginale testiculaire et nettement séparée (de 2 cm) du testicule et de l'épididyme.

Chez la femme, à propos de mêmes tumeurs "adénomatoïdes" de l'utérus, LEE a observé aussi la continuité avec la séreuse. C'est le cas aussi des îlots de Walthard; qu'on retrouve sous la séreuse de la paroi tubaire qui peuvent prendre l'aspect compact ou kystique, et qu'on assimile généralement à des mésothéliomes bénins.

Tous ces arguments nous amènent donc à la conclusion suivante : les tumeurs que nous venons d'étudier sont des mésothéliomes bénins. Il est évidemment curieux de constater la localisation élective de ces tumeurs à la sphère génitale, tant chez l'homme que chez la femme.

CHAPITRE II

TUMEURS MALIGNES DE L'ÉPIDIDYME ET DU DEFERENT

Au niveau de l'épididyme, nous allons retrouver à l'examen microscopique des néoformations qui, par leurs caractères histologiques s'identifient parfaitement aux tumeurs mésothéliales malignes déjà décrites à propos de la vaginale testiculaire.

Le tableau clinique en est cependant différent. Ici, c'est un volumineux épididyme qui amène à consulter, avec une douleur assez violente dans la région testiculaire : la tuméfaction est apparue souvent peu de temps avant; l'épididyme est gros dans son ensemble, on perçoit une induration globale de l'organe. Les signes cliniques en imposent pour une épididymite tuberculeuse. Il n'existe en outre aucune modification du testicule, pas d'hydrocèle.

Comme pour la vaginale il n'y a pas d'ascite, rien à signaler à l'examen urologique, pas d'antécédents vénériens, ni traumatiques.

La tumeur se propage à distance, fournissant des métastases thoraciques le plus souvent.

Macroscopiquement, la néoformation se présente sous forme d'une tuméfaction plus ou moins arrondie, de volume variable; on peut parfois trouver deux noyaux de taille différente, l'un dans la tête, l'autre dans la queue.

Contrairement à ce que l'on trouvait dans le mésothéliome malin de la vaginale, la coupe n'offre pas d'emblée un aspect tumoral : on découvre un tissu blanchâtre, un peu fibreux, qui

évoque une inflammation chronique cicatricielle. Cette apparence renforce le diagnostic d'épididyme tuberculeuse, que l'examen clinique a souvent posé. Cependant le canal déférent n'est pas moniliforme, mais parfaitement normal.

A l'examen histologique nous retrouvons la coexistence d'une structure papillaire et de l'aspect glanduliforme déjà détaillée à propos du mésothéliome malin de la vaginale.

Les trois observations qui suivent vont d'ailleurs nous permettre de concrétiser ces descriptions générales.

Observation n° 1 - (due à l'obligeance du Dr FRANCFORT).

Tumeur primitive de l'épididyme.

Histoire clinique

Monsieur V. M. , jeune italien de 20 ans, ouvrier journalier, gastrectomisé en Italie 2 ans auparavant, est envoyé au chirurgien par son médecin le 3 Juin 1958 pour une tuméfaction douloureuse de l'épididyme gauche.

Le 22 Mai précédent, il avait ressenti brusquement une douleur testiculaire gauche très aiguë qui rapidement s'exagérât, exacerbée par la chaleur et soulagée par la glace.

Pas de température, aucun signe de cystite. On ne notait pas de suintement urétral. La douleur avait cédé peu à peu, mais la zone restait sensible.

A l'examen, l'état général est bon. La palpation permet de sentir un noyau douloureux dans la queue de l'épididyme gauche, de la grosseur d'un petit haricot; le déférent est moniliforme à sa partie inférieure.

Le testicule ne semble pas modifié.

Au toucher rectal, les vésicules séminales et la prostate ne présentent aucune modification.

Le massage donne issue à un liquide non purulent. Les urines sont limpides, stériles sans pus à l'analyse.

Ce tableau clinique pouvant faire suspecter une bacillose, et pour ne pas entreprendre un traitement nécessairement long sans certitude, l'intervention est décidée, dans un but à la fois diagnostic et curatif.

Le 4 Juin, le Dr FRANCFORT pratique une épидидymectomie banale, sous anesthésie locale.

La portion supérieure de l'épидидyme semble d'aspect normal; le déférent est un peu irrégulier. La tumeur s'ençasse dans la queue de l'épидидyme, au niveau de la zone postéro-supérieure de celle-ci. Elle apparait comme un nodule du volume d'un pois, situé dans la paroi même de l'organe, y constituant une bosselure, mais ne végétant pas en surface.

A la coupe, le noyau néoplasique prend un aspect grisâtre, de consistance fibreuse banale.

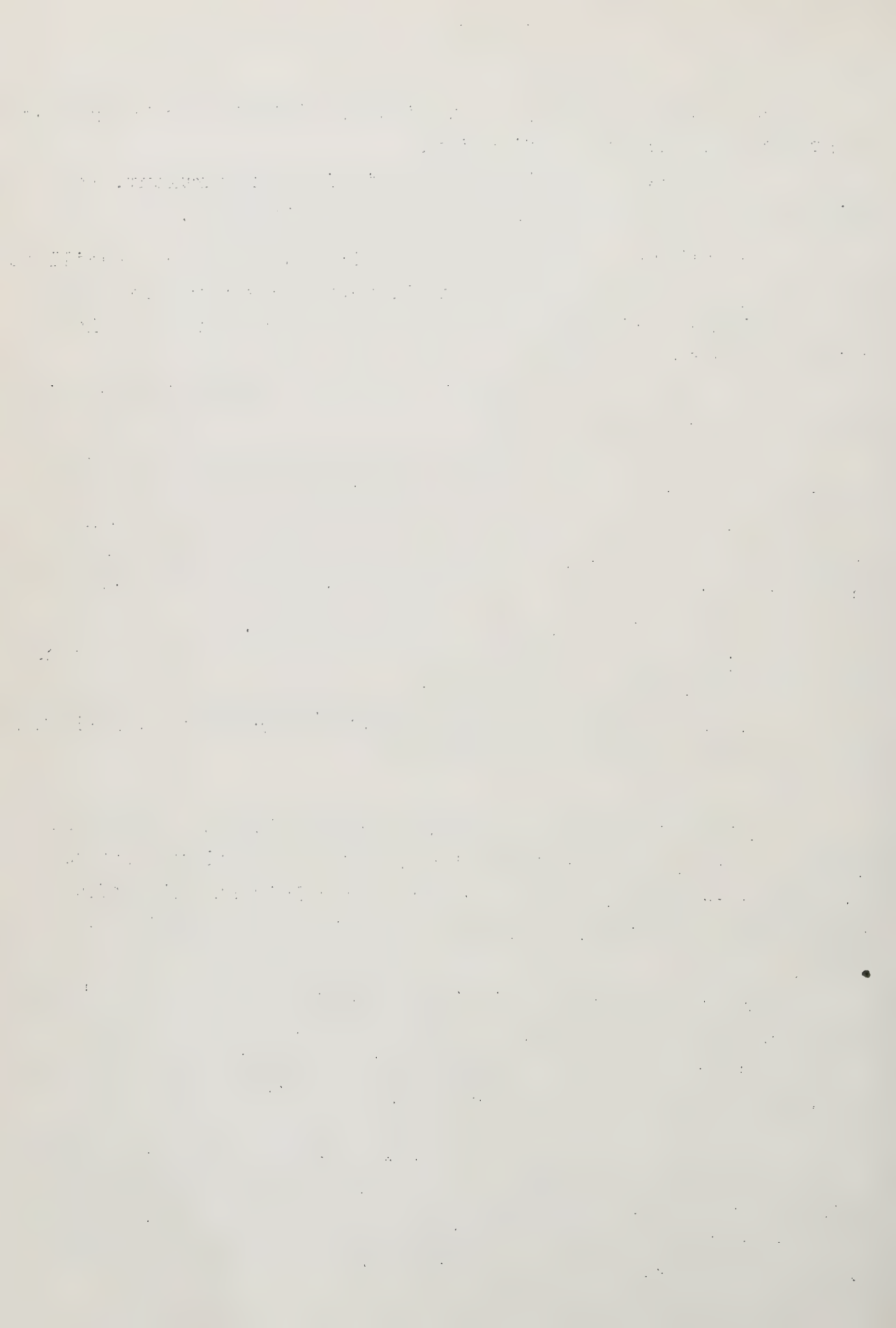
L'examen histologique est pratiqué par le Dr P. FLORENTIN, nous le reprendrons un peu plus loin.

A la suite de cet examen, la castration avec résection haute du cordon est pratiquée immédiatement, complétée par un traitement radiothérapique sur tous les relais ganglionnaires intéressés : inguinaux et lombaires, à la dose de 2500 R par champ.

La radiothérapie doit être interrompue par suite d'une chute du nombre des globules blancs à 3000.

D'autre part, une radiographie pulmonaire pratiquée le 14 Juin 1958, ne montrait aucune image de métastases.

Le malade est revu le 20 Août : image pulmonaire normale mais on trouve à la palpation des petits ganglions inguinaux. Un nouveau traitement radiothérapique est à nouveau institué : le malade est soumis à des champs inguinaux et lombaires en deux



séries de traitement : au total une dose de 3700 R. par champ. Le traitement est parfaitement bien supporté.

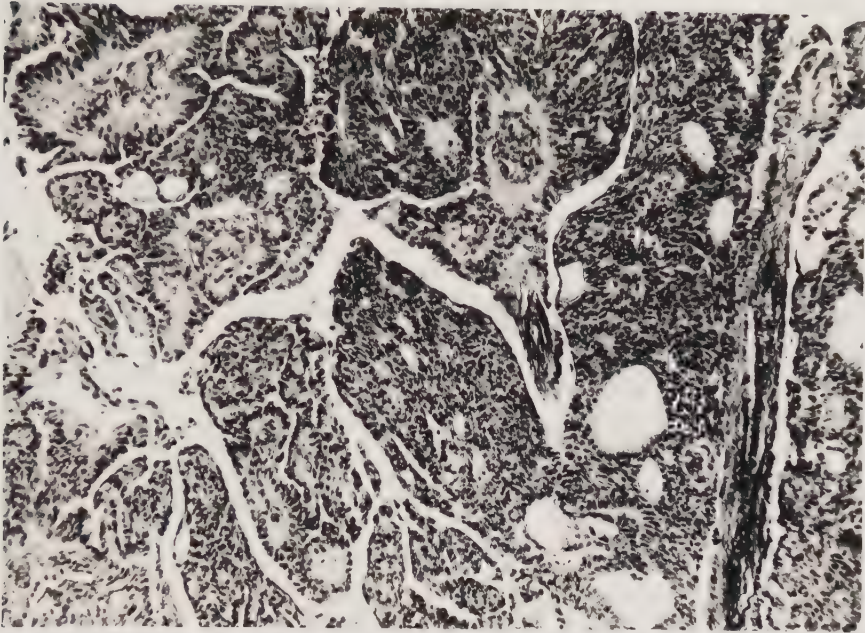
Le 6 Janvier 1959, le sujet est vu à nouveau : il semble exister un empâtement du creux inguinal droit. L'aspect des champs pulmonaires reste normal.

Le malade cesse de se présenter régulièrement à la consultation. Le 23 Juin 1960, nous sommes avertis qu'il est hospitalisé pour épigastralgies paroxystiques et rebelles à l'hôpital de Verdun. Nous pensons qu'il pourrait s'agir d'une adénopathie métastatique abdominale mais aucune correspondance ne vient nous le confirmer et une lettre du sujet lui-même en date du 13 Décembre 1960 nous apprenait qu'il était en très bonne santé.

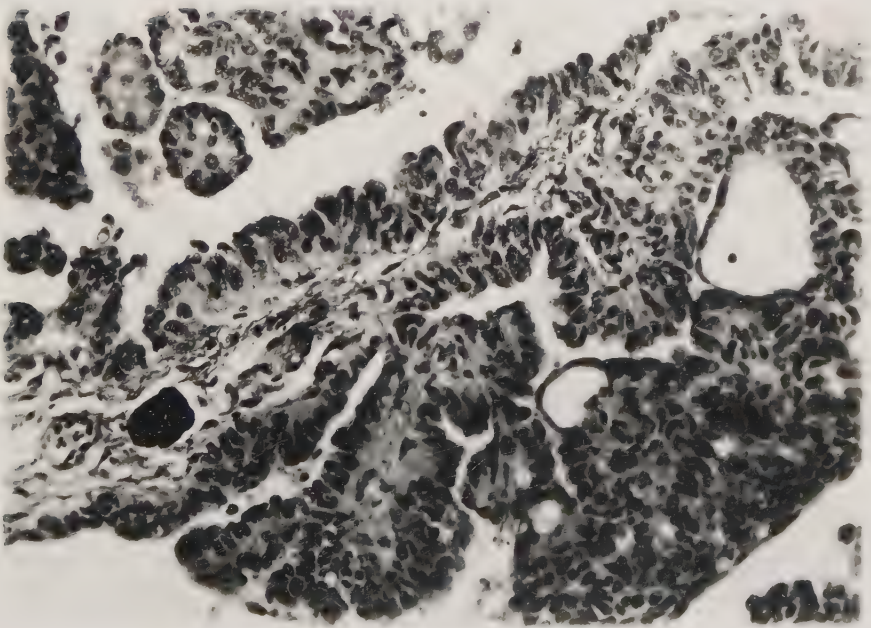
Etude Histologique :

Il s'agit d'une tumeur épithéliale assez polymorphe. En certains points, la masse tumorale présente l'aspect nettement papillaire. Elle est constituée par de multiples formations kystiques dont la lumière très irrégulière est revêtue par un épithélium prismatique mono ou pluristratifié assez riche en figures de mitoses et comportant des noyaux de volume variable, souvent hyperchromatiques. Les papilles sont constituées par des axes conjonctifs assez grêles, parcourus par un riche réseau de capillaires sanguins conjonctifs, entourés parfois de manchons lymphoïdes. Ce conjonctif renferme des concrétions calcaires. Le revêtement épithélial des papilles, circonscrit en certains points d'assez vastes lacunes qui renferment un liquide d'apparence mucoïde.

En d'autres régions, la tumeur est plus massive, et tout en conservant son aspect végétant, est constituée par des digitations plus trapues au sein desquelles les éléments épithéliaux invaginés, s'ordonnent en dispositifs glanduliformes arrondis,



Aspect en arborisations grêles des formations papillaires



Détail de deux lacunes kystiques nées aux dépens du revêtement épithélial des papilles

de diamètre réduit, à lumière parfois virtuelle.

Cette tumeur rappelle dans son ensemble, un épithélioma végétant de l'ovaire dont on ne discute plus actuellement la nature mésothéliale.

L'orchidectomie ayant été pratiquée après diagnostic de la lésion épiddymaire n'a permis de déceler aucune invasion néoplasique du tissu séminal ou du cordon spermatique. Le testicule ne renferme aucune tumeur. Seuls subsistent au point de la première intervention quelques trainées inflammatoires et des suffusions hémorragiques développées au pourtour de tubes séminifères en voie de nécrose partielle.

Observation n° 2 - (due à l'obligeance du Dr Paul GUILLEMIN).

Tumeur primitive de l'épididyme

Histoire clinique

Monsieur H. P., 25 ans, est amené à consulter par suite d'une tuméfaction testiculaire gauche découverte fortuitement deux mois auparavant. Cette tuméfaction a progressivement augmenté de volume depuis sa découverte. Il n'existe pas d'antécédents génito-urinaires. Le sujet se présente à la consultation d'urologie du Dr P. GUILLEMIN.

La palpation non douloureuse, permet de sentir au niveau de la tête de l'épididyme gauche, une tumeur du volume d'une noisette arrondie, quoique un peu irrégulière, et donnant l'impression d'être mal limitée.

Le corps et la queue de l'organe semblent normaux. De

même l'anse épiddidymo-déférentielle. Mais on constate que le déférent adjacent à la zone tumorale est intéressé par le processus, et présente une induration assez marquée sur deux centimètres environ.

Le testicule est palpé normalement, les enveloppes testiculaires sont souples, il n'existe aucun signe d'hydrocèle.

Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal, aucune atteinte au carrefour génito-urinaire. Par ailleurs les urines sont limpides, les signes fonctionnels sont négatifs.

La palpation des territoires ganglionnaires susceptibles d'envahissement néoplasique est normale.

Aucune métastase décelable.

La radiographie pulmonaire ne présente pas d'image suspecte. L'examen des autres appareils est satisfaisant et l'état général est bon.

Une biopsie est pratiquée le 20 Juillet 1960.

L'examen histologique fait par le Pr FLORENTIN entraîne l'orchidectomie : castration élargie avec ligature haute du cordon le 24 Juillet suivant.

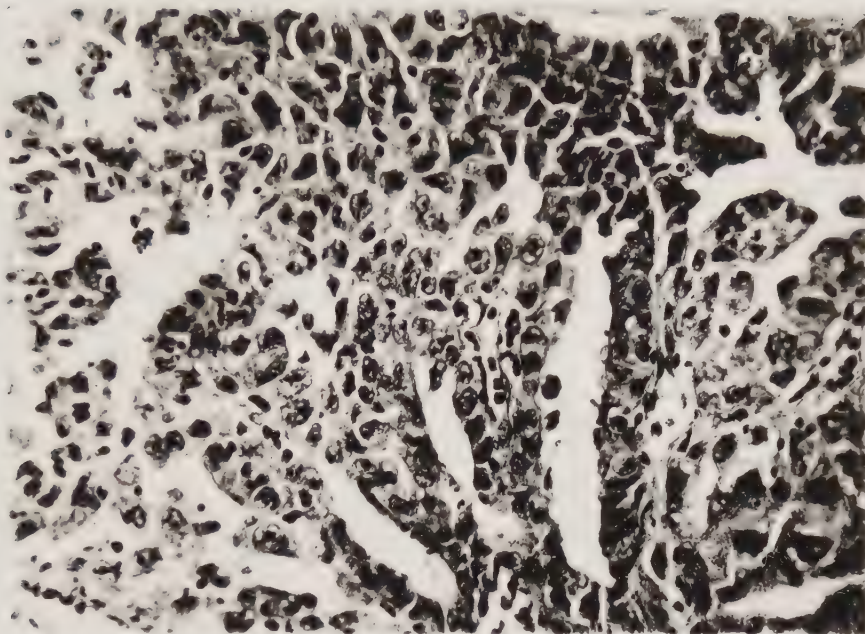
Devant l'absence d'extension métastasique tant ganglionnaire que viciérale, on suppose que le processus reste encore strictement limité et l'on ne juge pas nécessaire de faire suivre l'intervention d'un traitement radiothérapique.

Le malade revu quelques mois après, semble aller très bien.

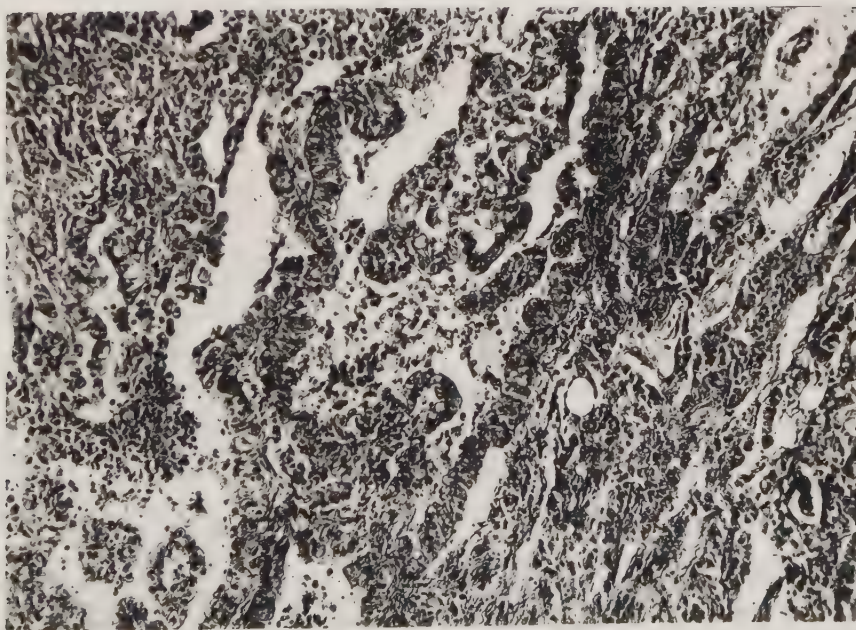
Etude histologique

La masse tumorale est fortement nécrosée et se développe dans un tissu inflammatoire très dense au sein duquel on reconnaît des formations épithélioïdiques nodulaires, qui présentent dans leur ensemble la même structure.

Ces îlots néoplasiques très altérés dans leur région



Injection néoplasique des lumières veineuses. Aspect bourgeonnant de certaines cellules tumorales, anisocaryose marquée, hyperchromaticité des noyaux, présence de mitoses. Dispersés entre les éléments cancéreux, de nombreux leucocytes polymorphes.



centrale devenue pulvérulente, sont constitués par des conglo-mérats de plages épithéliales d'apparence glandulaire, dont les lumières très irrégulières se présentent parfois comme de simples fissures linéaires, vides de tout contenu.

Les cellules épithéliales assez polymorphes qui limitent les cavités, sont disposées sur une ou plusieurs rangées et présentent des figures de mitose et des noyaux hyperchromatiques. Par places, la tumeur se présente sous un aspect beaucoup plus massif et constitue des îlots épithéliaux mal limités par rapport au tissu conjonctif avoisinant. Le tissu interstitiel très remanié par l'inflammation, est bourré de leucocytes polymorphes et de macrophages et renferme en outre des suffusions hémorragiques. On note quelques embolies néoplasiques dans les veinules qui occupent la région superficielle de la tumeur.

L'orchidectomie pratiquée, a permis de constater l'intégrité du testicule et du canal déférent. Il s'agit donc indiscutablement d'une tumeur primitive de l'épididyme.

Observation n° 3 -

Tumeur primitive du canal déférent.

Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer les renseignements cliniques concernant cette observation. Il s'agit d'une tumeur primitive du canal déférent diagnostiquée sur une pièce chirurgicale envoyée à Nancy par un hôpital périphérique.

Voici quels en sont les caractères anatomo-pathologiques

Le fragment envoyé pour examen correspond à une masse néoplasique arrondie de 1,5 cm de diamètre, dans laquelle ne

subsiste aucun élément tubulaire caractéristique du canal déférent.

On est en présence d'une masse de tissu conjonctivo-vasculaire très dense et très congestif, dont les fibres parfois tourbillonnantes semblent par endroit étouffer les formations épithéliales. Ces fibres se séparent en branches d'arbres, fasciculant la tumeur, dont certaines zones prennent un aspect lobulé. Au sein de^{ce} conjonctif, se développent des éléments glanduliformes très atypiques à lumière des plus irrégulières, revêtus par un épithélium cylindrique stratifié au niveau duquel on retrouve de nombreuses figures de mitoses et des atypies nucléaires très prononcées; les cellules rondes ou ovalaires sont parfois énormes, prenant l'aspect de cellules géantes mononucléées, les noyaux boursoufflés hyperchromatiques laissent peu de place au cytoplasme. Celui-ci est par place spumeux et comme granuleux. Le stroma renferme des foyers de leucocytes polymorphes, le plus souvent de type lymphocytaire; ces foyers peuvent être très denses, écartant alors les cellules néoplasiques. Des plages de nécrose très étendues se manifestent, la tumeur semble alors dilacérée. On note enfin la présence de nombreuses suffusions hémorragiques.

Dans certaines régions les formations glandulaires circonscrivent des cavités irrégulières, d'aspect kystique dont la paroi est constituée par une couche de cellules cubiques ou prismatiques. Ces cavités renferment un produit mucineux se colorant faiblement, mais d'une manière indiscutable par le mucicarmin. On retrouve les mêmes anomalies cellulaires que précédemment.

Par places, les parois glandulaires se disloquent et subissent une fonte mucoïde totale, dans un stroma très grêle, imbibé de mucus et parsemé de lymphocytes.

Ailleurs enfin, la tumeur acquiert une structure absolument compacte et végétale sous forme de coulées épithéliales parfois en larges mosaïques dont les cellules de toutes tailles sont dotés de gros noyaux foncés situés au centre du cytoplasme ou rejetés à un pôle de la cellule. Ces travées se dispersent dans un substratum conjonctif peuplé de leucocytes et très richement vascularisé.

On ne reconnaît aucune embolisation néoplasique caractéristique dans la lumière des lymphatiques et des trajets veineux.

RESUME DES OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES

Dans ces trois cas, les tumeurs malignes dont nous venons de donner la description histologique détaillée, présentent des similitudes et des divergences architecturales en conservant toutefois des analogies structurales qui extériorisent indiscutablement leur parenté.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une tumeur à prédominance papillaire, dans les deux autres cas, de tumeurs à prédominance glanduliforme. Toutefois, dans chacune de ces tumeurs, la structure glandulaire se manifeste avec apparition d'une sécrétion mucineuse plus ou moins prononcée.

Cette évolution mucoïde est plus marquée au sein de la tumeur déférentielle qui prend en des points limités, les caractères d'un épithélioma mucipare, analogue à certains épithéliomas ovariens.

Enfin, comme dans les mésothéliomes de la vaginale, les tumeurs épидидymo-déférentielles comportent des zones massives, où disparaît toute architecture glandulaire.

Nous noterons enfin que jamais nous n'avons pu observer de tumeurs à contingent fibrosarcomateux comparables à celles qui se montrent au sein des autres séreuses (plèvre et péricarde en particulier).

Nous concluons de cette étude histologique, se référant à trois observations personnelles, en disant que les tumeurs primitives malignes de l'épididyme et du canal déférent

présentent les caractères fondamentaux des coelothéliomes épithéliaux des séreuses avec leur structure très polymorphe dans laquelle s'extériorisent ou se confondent les aspects papillaires, glanduliformes et trabéculaires, enregistrés au niveau des tumeurs de la vaginale et des épithéliomas dits germinatifs de l'ovaire, qui sont d'authentiques mésothéliomes malins.

-:-:-:-:-

TRAITEMENT DES MESOTHELIOMES

Bien que nous ayons surtout attaché notre étude aux caractères histologiques et histogénétiques des mésothéliomes de la vaginale testiculaire et du tractus épiddymo-déférentiel, nous ne voulons pas manquer de dire quelques mots sur le traitement de ces tumeurs.

Ce traitement est évidemment avant tout, et presque exclusivement pour certains, chirurgical. Nous ne nous attardons pas sur celui des mésothéliomes bénins, qu'une simple excision locale ou une épiddymectomie limitée suffit à curer sans récidives.

Avec les mésothéliomes malins, nous abordons le cadre de la cancérologie, et la thérapeutique déjà expérimentée, prend ici tout son intérêt.

La tumeur vaginale maligne que nous avons décrite a été traitée chirurgicalement, nous l'avons dit, par une castration élargie avec ligature haute du cordon à l'orifice externe du canal inguinal. L'intervention a été complétée par la radiothérapie, sans trop d'espoir d'ailleurs : le processus cancéreux semblait en être à un stade avancé, il existait des propagations métastatiques déjà nombreuses, d'autre part nous ne connaissions rien de la radiosensibilité de la tumeur. L'état général s'est par la suite progressivement altéré, de nouvelles adénopathies se sont constituées, la mort est intervenue vingt mois après environ.

Pour la première tumeur maligne de l'épiddyme rapportée ici, nous avons vu que le tableau clinique pouvait en

imposer pour une tuberculose épiddymaire; l'épididymectomie fut d'abord pratiquée. C'est l'examen anatomo-pathologique qui a conduit à une castration avec résection haute du cordon. L'acte chirurgical a été suivi d'un traitement radiothérapique sur les territoires lombo-iliaques. L'examen clinique et radiologique ne montraient aucune métastase. Deux ans et demi après l'intervention, le sujet était en parfaite santé.

Le second mésothéliome malin, épiddymaire, a été traité par une orchidectomie élargie, après qu'un examen biopsique eût diagnostiqué la nature maligne de la tuméfaction. L'intervention chirurgicale n'a pas été suivie d'un traitement radiothérapique étant donné l'absence de métastase. Le malade revu par la suite, paraît être en bonne santé.

Ainsi l'intervention chirurgicale est de règle : castration simple suivie ou non de séances radiothérapiques lorsqu'un examen soigneux permet de penser qu'il n'existe pas de propagations à distance; ou castration élargie à la manière de CHEVASSU, reprise avec des moyens modernes : DARGET et BALLANGER dans le "Journal Urologique" de 1954 et BRUEZIERE en 1958, en étudient la technique qui permettrait éventuellement d'introduire des tubes de radium le long de la gaine du Psoas pour atteindre directement les ganglions néoplasiques à ce niveau. Cette large intervention serait complétée là encore par l'adjonction de la radiothérapie lombaire bilatérale, celle-ci étant malheureusement bien illusoire lorsque l'on a déjà constaté radiologiquement un envahissement médiastinal. C'était le cas pour nous, du malade porteur de la tumeur vaginale. Il est évident qu'un diagnostic précoce eût permis un résultat plus spectaculaire. L'intervention sur les tumeurs épiddymaires que nous présentons ici est pour l'instant un succès thérapeutique qui, avec un peu de recul, pourra être considéré peut être comme définitif.

CONCLUSIONS GENERALES

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840.

Les tumeurs de la vaginale et du tractus épiddymodéférentiel dont nous apportons dans ce travail quelques exemples encore inédits, reconnaissent embryologiquement deux origines : le mésothélium coélomique et les éléments wolffiens testiculaires épiddymaires et paradidymaires.

Les tumeurs mésothéliales bénignes de la vaginale et de l'épididyme, qui ont reçu des appellations variées (adénomes, adénomyomes, tumeurs adénomatoïdes, lymphangiomes) reconnaissent une origine identique. Elles dérivent de proliférations endo ou exophytiques des éléments cellulaires de l'épithélium coelomique accompagnant dans sa descente la glande génitale mâle et ses annexes formations qui ont tendance à se grouper au pourtour de cavités renfermant souvent, mais non obligatoirement, du mucus. Certaines tumeurs, de très petite taille, sont des trouvailles histologiques D'autres de volume plus conséquent, entraînent une intervention chirurgicale et sont en général confondues cliniquement avec des modules inflammatoires développés au sein de la paroi testiculaire ou de l'épididyme. Leur étiologie irritative ne saurait être mise en doute dans certains cas, et plus particulièrement au niveau de la vaginale.

Les tumeurs wolffiennes bénignes, testiculaires (reste testis) ou paradidymaires se présentent toujours sous l'aspect de kystes mono ou multiloculaires, dont les lumières irrégulières sont revêtues par un épithélium cylindrocubique simple, et renferment parfois du mucus. Leur parenté morphologique avec les tumeurs

mésothéliales s'explique aisément par le fait que le canal de Wolff dérive d'une invagination précoce des parois coelomiques et conserve, au moins dans ses résidus non différenciés, les caractères rudimentaires de son ébauche primitive.

Les mésothéliomes malins de la vaginale et du tractus épидидymo-déférentiels présentent des analogies structurales. Ce sont des tumeurs papillaires ou glanduliformes qui peuvent prendre par places des caractères massifs. Ce polymorphisme histologique correspond à celui qui se manifeste au sein des tumeurs malignes des grandes séreuses (plèvre et péricarde) et du parenchyme ovarien (épithéliomas dits germinatifs, papillaires, glanduliformes ou trabéculaires de l'ovaire). En ce qui concerne les tumeurs épидидymo-déférentielles, l'origine des mésothéliomes est difficile à préciser en l'absence de documentation histologique concrète. S'agit-il de proliférations nées de résidus mésothéliaux inclus dans les parois épидидymaires ou funiculaires lors de la descente du testicule, ou de tumeurs issues du revêtement épithélial des voies éfférentes du testicule ? Ce problème histogénétique perd de son acuité si l'on se réfère à la notion de la parenté qui unit l'épithélium des conduits wolffiens au mésothélium coelomique. C'est bien cette notion d'identité d'origine qui nous permet de comprendre pourquoi les tumeurs dites wolffiennes dont on a pu constater l'existence, et les tumeurs des séreuses présentent des analogies structurales.

Un problème histogénétique et histologique identique se pose en ce qui concerne certaines tumeurs ovariennes et salpingo-utérines au sein desquelles s'extériorisent, aussi manifestement qu'au niveau du tractus génital masculin, les affinités qui existent entre les dérivés mullériens, les résidus wolffiens du parovaire et le mésothélium ovarien, homologue de la vaginale testiculaire. Cette constatation vient à l'appui nous semble-t-il, de l'opinion que nous venons de développer dans ce travail.

Cachet de la
FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

Marcelle POISSONNET
N° 5029 J

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUMEURS DE LA VAGINALE
TESTICULAIRE ET DU TRACTUS EPIDIDYMO - DEFERENTIEL.

VU
LE DOYEN
Signé : L. BINET

Vu et permis d'Imprimer

LE RECTEUR DE
L'ACADEMIE DE PARIS
Signé : J. ROCH

Présidente de thèse :
Melle GAUTHIER-VILLARS, Professeur
Signature.

B I B L I O G R A P H I E

Mésothéliome bénin

- AMBROSE (S.S.) -
Adenomatoid tumor of tunica Vaginalis.
J. of. Ur., 1953, 70, 110-112.
- BENEVENTI (A.) -
Benign Solid tumors of the epididymis.
J. Urol., 1947, 57, 880-883.
- BLUMER (C.E.M.), EDWARDS (J.L.) -
Adenoma of the epididymis.
Brit. J. Surg., 1941-1942, 29, 263-265.
- BURROS (H.M.), MAYOCK (P.P.) -
Adenomatoid tumors of epididymis; report of case in newborn.
J. Urol., 1950, 63, 718-719.
- CAMERON (H.M.) -
Adenoma of the epididymis.
J. of path. and bact., 1954, 68, 293-295.
- CATANIA (V.C.) -
Angioma raceroso dell' epid.
Archivio Ital. di urol., 1955, 187-192.
- CHARACHE (H.) -
Lymphangioma of the epididymis : review of primary tumors of the epididymis.
Urol. Cutan Rev., 1939, 43, 663-664.
- CODNERE (J.T.), FLYNN (J.E.) -
Adenomatoid tumors of the epididymis; report of three cases.
J. Urol., 1946, 56-61.
- CONFORTI -
Su di un caso di linfangioendotelioma primitivo dell' epididymo.
Morgagni Arch., 1910.
- DESCLIN (L.) -
A propos des mésothéliomes de l'épididyme.
Acta clinica belgica., 1958, 13, 301-302.
- EVANS (N.) -
Mésothélioma of the epididymis and tunica vaginalis.
J. Urol., 1943, 50, 249-254.

EVANS (N.) -

Mesothelioma of the uterine and tubal serosa and the tunica Vaginalis testis.
Am. J. Path., 1943, 19, 461-471.

FAJERS (C.M.) -

Mesotheliomas of the genital tract : a report of live new cases and a survey of the literature.
Acta path. microb. Scand., 1949, 26, 123.

FALK (D.), KONWALER (B.E.) -

Adenomatoid tumor of epididymis.
J. Urol., 1951, 66, 603-605.

FALKINBURG (L.W.), PAPARO (C.P.), LIANG (D.S.) -

Adenomatoid tumors of the epididymis a review and report of two additional cases.
Am. J. of Surg., 1958, 509-512.

FISCHER, WALTER -

Ein myoadenofibrom des Nebenhodens.
Zentralbl. f. Allg. Path. Und. Path. Anat., 1932, 54, 321-322.

FORTI (E.) -

Linfangioendotelioma benigno dell' epididimo.
Rivista di avat patolog e di oncologia., 1960, 17, 109-119.

GLASER (B.S.) -

Néoplasms of epididymis with report of two new cases.
Brit. J. Urol., 1950, 22, 178-186.

GOLDEN (A.), ASH (J.E.) -

Adenomatoid tumors of the genital tract.
Am. J. Path., 1945, 21, 63-79.

GORDON, TAYLOR (G.), OMMAREY, DAVIS (C.) -

A case of adenoma of the epididymis with a note on solid tumors of the epididymis.
Brit. J. Surg., 1941-1942, 29, 260-262.

HALPERT (B.) -

Mixed leiomyoma and lymphangioma of the epididymis report of case.
J. Urol., 1941, 45, 536-538.

HINMAN (F.), GIBSON (T.E.), FRANCK -

Tumors of the epididymis spermatic cord and testicular tunics. A Review of the literature and report of three new cases.
Arch. Surg., 1924, 8, 100-137.

HORN (R.C.), LEWIS (G.C.) -

Mesothelioma of the female genital tract, review of the literature and report of five cases involving the uterus.

Am. J. Clin. Path., 1951, 21, 251-259.

JABLOKOW (V.R.) -

Adenomatoid tumors of the epididymis.

Illinois medical J., 1956, 109.

JACKSON (J.R.) -

The histogenesis of the "adenomatoid" tumor of the genital tract.

Cancer., 1958, 11, 337-350.

KRIEHBUR (E.) -

Das Nebenhodenmesothéliom, zur kenntnis der gutartigen Geschwülste des Nebenhodens.

Wiener Klin. Wochenschrift, 1959, I, 227-230.

LAUMONIER (R.), LAQUERRIERE (R.), BACHY (F.) -

Mésothéliome bénin de l'épidyme.

Arch. Anat. Path., 1957, 5, 362-366.

LAZARUS (J.A.), FRIEDMANN (F.) -

Primary benign tumors of the epididymis, with special reference to tumors of unusual histologic character suggestive of malignancy.

J. Urol., 1954, 71, 379-384.

LEE (M.J.), DOCKERTY (M.B.), THOMPSON (G.J.), WAUGH (J.M.) -

Benign mesotheliomas (adenomatoid tumors) of the genital tract.

Surg. Gynec. Obst., 1950, 91, 221-231.

LONGO (V.J.), MAC-DONALD (J.R.), THOMPSON (G.J.) -

Primary neoplasms of the epididymis; special reference to adenomatoid tumors.

J. A.M.A., 1951, 147, 937-941.

MACINTYRE (H.W.) -

Adenomatoid tumor of epididymis.

Brit. J. of Surg., 1956, 512-513.

MALISOFF (S.), HELPERN (M.) -

Mixed leiomyoma and lymphangioma of the epididymis.

J. Urol., 1943, 50, 104-109.

MARCANDIER, THOMAS -

Sur un lymphangiome de l'épididyme.

Bull. Ass. franç. p. l'étude du Cancer, 1930, 19, 126-131.

- MASSON (P.), RIOPELLE (J.L.), SIMARD (L.C.) -
Le mésothéliome bénin de la sphère génitale.
Rev. Canad. de biologie, 1942, I, 720-751.
- MORIN (L.J.) -
Bilatéral adenomatoid tumor of epididymis.
J. Urol., 1956, 75, 819-823.
- RAPOPORT (L.M.), MORGAN (A.L.) -
Adenomatoid of the epididymis; a review of clinical findings and report of two cases.
Surg., 1953, 33, 737-741.
- RAUKIN (N.E.) -
Adenomatoid tumors of the apididymis and tunica albugica : two cases.
Brit. J. Of. Urol., 1956, 187-193.
- RIGANO-IRRERA (D.) -
Su di un caso di linfangioma semplice circoscritto della coda dell' epididimo.
Arch. ital. di Chir., 1925, 13, 552-560.
- SAKAGUCHI (Y.) -
Uber das Adenomyon des Nebenhodens.
Frankfort Ztschr. f. Path., 1915-1916, 18, 379-387.
- SCALFI (A.) -
Sui tumori benigni dell' epididimo.
Ann. Ital. di Chir., 1936, 15, 81-124.
- SCHAEFER (H.J.) -
Adenomatoid tumors of epididymis; a considération of their histogenesis.
J. of the Med. Society of New-Jersey, 1957, 342-345.
- SUNDARASIVARAO (D.) -
The Mullerian Vestiges and benign epitholial tumors of the epididymis.
J. Path. and Bact., 1953, 66, 417-432.
- THOMPSON (G.J.) -
Tumors of the spermatic cord, epididymis and testicular tunics; review of littérature and report of 41 additional cases.
Surg. Gynec. Obst., 1936, 62, 712-728.
- THOMPSON (I.M.) -
Adenomatoid tumors of the epididymis.
J. Urol., 1958, 79, 519-529.

- WEATHERSTON, WILSON (W.) -
Adenomatoid leiomyoma of the epididymis.
Brit. J. Surg., 1949, 37, 240-241.
- WENTZELL (R.A.) -
Adenomatoid tumors of the epididymis.
J. Urol., 1955, 73, 845-848.
- WINTER (W.) -
Lymphangio leiomyoma of the epididymis.
Zeitschrift. für Urol., 1956.

B I B L I O G R A P H I E

Mésothéliome malin

- ASSTON (E.F.), PAULSON (D.) -
Mesenchymoma of the plèvre.
J. Thoracic Surg., 1949, 18, 518.
- BENGOGHEA -
Mesotheliome de la plèvre.
Le poumon, 1953, 9, n°4, 253.
- BLOCK -
Die Endotheliome.
Edit. Leipzig, 1952 , I Vol.
- BRUEZIERE -
Cancer de l'épididyme.
J. Urol., 1958, 64, 441-443.
- CHEVASSU (M.) -
Tumeurs du testicule.
Travail des laboratoires du Professeur DUPLAY et du
Professeur agrégé QUENU, Paris 1906.
- CHEVASSU (M.) -
Tumeurs du testicule.
Thèse Paris 1906.
- DARGET (R.), BALLANGER (R.) -
Tumeurs malignes de l'épididyme.
J. Urol., 1954, 60, 715-716.

- DAWE (J.C.), DAVID (A.V.), MITCHELLES (S.) -
Diffuse fibroms mesothelioma of the pericardium.
Report of a case and review of the littérature.
Cancer Philadelphie, 1953, 794-808.
- FLORENTIN (P.), CHARDOT (C.) -
Mésothéliome malin de la vaginale testiculaire.
Sem. Hôp. Ana. Path., 1958, 6, n°4, A384, A387.
- FRESNAIS (J.), MOUCHET (A.) -
Un cas de tumeur maligne du cordon spermatique.
J. Urol., 1934, 38, 259-265.
- GESCHICKTER (C.F.) -
Mésothélial tumors.
Am. J. Cancer, 1936, 26, 378.
- MASSON (P.) -
Tumeurs humaines., 1956, 662.
- MAXIMOW -
Ueber das Mesothelium.
Arch. f. exper. Zellforsch, 1927, 4-1.
- MICOTTI (R.) -
Contributo alla conoscenza dei tumori della tunica
vaginale.
Policlinico (Sez. Chir.), 1926, 33, 185-199.
- NICOLOPOULO -
Sur un cas d'épithélioma primitif de la séreuse
Vaginale.
Thèse Paris, 1895.
- NORA (G.) -
Tumeurs de la Vaginale.
J. Urol., 1933, 35, 5-25.
- ROBERTSON (H.E.) -
Endothelioma of the pleura.
J. Cancer, Research., 1924, 8, 317-375.
- SAINT-CYR (C.) -
Mésothéliome malin du cordon.
Bull. Ass. Méd. Haïtienne, 1959, 10, n° spécial,
87-91.

SORS (C.) -

Les mésothéliomes des cavités coelomiques.
Ann. Anat. Path., 1956 Avril-Juin, I, n°2, 189-209.

STOUT (A.), MURRAY (M.) -

Localized pleural mésothelioma.
Arch. of Path., 1942, 34, 950.

TABLE DES MATIERES

| | <u>Pages</u> |
|--|--------------|
| AVANT-PROPOS | 1 |
| INTRODUCTION | 3 |
| EMBRYOLOGIE DU TRACTUS GENITAL MALE | 6 |
| PREMIERE PARTIE | |
| Chapitre I - Histologie normale de la vaginale | 10 |
| Chapitre II - Mésothéliomes bénins de la vaginale | 14 |
| Chapitre III- Mésothéliomes malins de la
vaginale testiculaire | 17 |
| Historique | 17 |
| Etude anatomo-pathologique | 18 |
| Etude histologique | 24 |
| Commentaires | 25 |
| DEUXIEME PARTIE | |
| Chapitre I - Tumeurs bénignes de l'épididyme et
du canal déférent | 27 |
| 1°- Historique | 27 |
| 2°- Etude anatomo-clinique | 29 |
| Conclusion | 32 |
| Chapitre II - Tumeurs malignes de l'épididyme et
du déférent | 35 |
| Observations | 36 |
| Résumé des observations et
Commentaires | 44 |
| TRAITEMENT des mésothéliomes | 46 |
| CONCLUSIONS GENERALES | 48 |
| BIBLIOGRAPHIE | 50 |

